



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À CRIANÇA E ADOLESCENTE

Relatório de Estágio apresentado a Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Ana Filipa Alvarenga Viana

Porto, março de 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À CRIANÇA E ADOLESCENTE

Placement Report

Competencies Development in Child and Adolescent Care

Relatório de Estágio apresentado a Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Ana Filipa Alvarenga Viana

Sob orientação de Professora Doutora Constança Festas

Porto, março de 2019

Resumo

A assistência de Enfermagem especializada à criança e família assume-se como uma área de cuidado fundamental, assim este relatório de estágio sistematiza as aprendizagens realizadas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. O objetivo primordial é o de retratar o percurso concretizado ao longo da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, onde se procura documentar as competências desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados especializados em Saúde Infantil e Pediatria. Competências essas que se encontram organizadas em torno dos quatro domínios de atuação do Enfermeiro, como sendo a Prestação de Cuidados, a Formação, a Gestão e a Investigação. O reconhecimento das mesmas ocorre em diferentes contextos de estágio, portanto em Cuidados de Saúde Primários, serviço de Urgência Pediátrica e de Neonatologia, onde foram delineados objetivos, em virtude das competências a adquirir, que foram atingidos através das atividades descritas e por fim alvo de uma reflexão crítica. Esta reflexão exigiu contemplação, distanciamento e pesquisa bibliográfica que lhe conferisse um suporte robusto, tendo sido utilizada uma metodologia crítico-reflexiva para a construção deste trabalho. Neste documento encontram-se relatadas as experiências mais significativas desenvolvidas no estágio e que trouxeram contributos mais relevantes para a minha vida profissional e pessoal. A parceria de cuidados, a parentalidade, a promoção da amamentação e vinculação, a saúde escolar e a promoção da Saúde Infantil e Juvenil assumem-se como temas basilares, e transversais aos diferentes contextos de estágio. A capacidade de resolução de problemas e de comunicar raciocínios e conclusões assim como a tomada de decisões fundamentadas foram reforçadas ao longo deste curso. A construção deste documento, as competências adquiridas durante o estágio final e todo o curso de mestrado contribuíram significativamente para uma mudança, funcionando como um impulsionador de novas conquistas e interesses. Essencialmente, constatei este investimento como um importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças e famílias.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde Infantil e Pediátrica, Competências, Criança/Família

Abstract

The specialized nursing care to the child and family is assumed as an area of fundamental care, so this report explores the learning stages performed during the Master's course in Nursing with Children and Paediatrics Health Specialization. The aim of this report is reflecting the accomplishments during the final placement and report of the curricular unit, where it is tried to document the competencies developed to the specialised care of children and paediatric health. The these competencies are organised around the four domains of nursing practise: Caregiving, Training, Care Management and Research. The recognition of the same occurs in different contexts, such as primary care, paediatric emergency service or neonatal care, where the outlined objectives, in virtue of the skills to be acquired, which were achieved through the activities described and, finally, a critical reflection. This reflection required contemplation, detachment and bibliographical research that gives it a robust support and a critical-reflexive methodology for the creation of this report. In this report can be found the most significant experiences which brought the most relevant contributions to my personal and professional life. The care partnership, parenthood, breastfeeding and bonding promotion, school health and promotion of children and juvenile health are considered as main themes and transverse to the different contexts of the placement. The ability to solve problems and to communicate thoughts and conclusions as well as informed decision making were reinforced throughout this course. This report, the competencies acquired during the final placement and the entire Master's Course had a significant contribution to my professional growth, working as a promoter of new interests and achievements. Essentially, I have seen this investment as an important contribution to improve the quality of care for children and families.

Key-Words: Nursing, Child and Paediatric Health, Competencies, Child/Family

Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSIJ – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ELI – Equipa Local de Intervenção

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

PES – Promoção e Educação para a Saúde

MC – Método Canguru

NIDCAP – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

PNPSO – Programa Nacional de Promoção Saúde Oral

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSI – Plano de Saúde Individual

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido prematuro

RSVI – Rastreio Saúde Visual Infantil

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Agradecimentos

No final deste trabalho não posso deixar de expressar o meu sincero agradecimento às pessoas que, direta ou indiretamente, me permitiram concretizar este relatório. Assim as minhas palavras de gratidão e apreço dirigem-se para:

A minha orientadora, Professora Doutora Constança Festas, pelo seu apoio, correções, orientação e incentivo durante todo o percurso, assim como todos os Professores que comigo se cruzaram.

Aos tutores nos diferentes contextos de estágio, pelas partilhas de conhecimento e oportunidades de aprendizagem proporcionadas.

As minhas colegas de curso, por me acompanharem neste longo percurso, escutarem e partilharem as dificuldades do caminho, sem elas tudo seria mais complicado.

Os colegas e responsáveis do meu local de trabalho pela flexibilidade, paciência, e auxílio na gestão dos turnos.

Aos meus Amigos por todo o apoio e tolerância nesta fase.

Aos meus Pais e Irmã pelo amor e orgulho sempre demonstrados, foram o meu maior estímulo nos momentos difíceis.

Ao meu Filho e ao meu Marido pelas ausências toleradas e pela paciência.

A todos que me encorajaram, mesmo quando a vontade desvanecia.

O meu Muito Obrigada!

Índice

1. Introdução	13
2. Contextualização do Estágio	15
3. Competências Desenvolvidas no Estágio	17
3.1. Domínio da Prestação de Cuidados	18
3.2. Domínio da Formação	60
3.3. Domínio da Gestão	63
3.4. Domínio da Investigação	65
4. Conclusão	69
5. Referências bibliográficas.....	71
Apêndices.....	79
Apêndice 1 – Planeamento Sessão Promoção Saúde Oral	81
Apêndice 2 – Planeamento Sessão de Formação de Pares	111

1. Introdução

Este relatório é o culminar de um percurso árduo integrando-se no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório. O documento foi gradualmente enriquecido em função das experiências e essencialmente das competências desenvolvidas ao longo desta unidade curricular. Como marca o final deste período que constitui o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontram-se bem patentes a aquisição, o desenvolvimento e integração de conhecimentos. A unidade curricular decorreu entre 10 de setembro de 2018 e 12 de fevereiro de 2019, e implicou um estágio em diferentes contextos assistenciais, seminários e orientações tutoriais. Durante este período realizei estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), contexto de Neonatologia e de Urgência Pediátrica e finalmente a elaboração deste documento, o relatório, que será posteriormente defendido em provas públicas.

Neste relatório, as competências definidas no plano de estudos da Universidade, foram organizadas em quatro domínios (prestação de cuidados, formação, gestão e investigação), associadas aos objetivos formulados e às atividades que lhes dão consistência. Para dar resposta às exigências de cada competência, estas surgem acompanhadas de uma reflexão crítica, apoiada na evidência científica disponível.

O plano de estudos do curso de Mestrado preconiza os seguintes objetivos gerais definidos pela equipa pedagógica da unidade curricular:

- saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou

incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resulte dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- demonstrar capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A excelência no cuidado à criança norteou todo o trabalho que encetei, tanto em contexto de estágio como na construção deste relatório. A promoção da parentalidade é um dos temas mais patentes, seguindo-se da parceria de cuidados que é elementar em Pediatria, da promoção da amamentação e também da relevância que assume cada vez mais a saúde escolar no contexto atual. Estes são os grandes conteúdos, no entanto, atendendo às experiências que fui destacando há breves reflexões acerca de outras temáticas.

Este relatório relata a minha experiência nos últimos meses iniciando-se com uma introdução, seguido da contextualização do estágio, das competências desenvolvidas durante o mesmo terminando com uma conclusão.

O relatório contempla a utilização de uma metodologia descritiva e de uma revisão bibliográfica para construção da base teórica que o fundamentou, permitindo assim a reflexão acerca da aquisição de conhecimentos, reconhecendo que os cuidados de enfermagem prestados à criança e família devem ser baseados em evidência científica.

Ao ingressar em contexto de estágio percebi alguma complexidade, especialmente em CSP, visto que a minha experiência profissional até à data tem sido sempre em cuidados diferenciados. Mas atendendo a que sou movida a desafios, o curso que frequento constitui o desafio maior e por isso empenhei-me tentando responder a tudo o que foi solicitado dentro das naturais limitações de tempo e conhecimentos.

2. Contextualização do Estágio

O Estágio Final decorreu em três contextos distintos: CSP, Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Neonatologia, no período compreendido entre 10 de setembro de 2018 e 9 de fevereiro de 2019.

Em contexto de CSP, o estágio desenvolveu-se num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) na zona Norte do país, com 190 717 utentes inscritos e cuja missão visa garantir a prestação dos melhores cuidados de saúde à população da área a que se destina. Este estágio decorreu no período compreendido entre o dia 10 de setembro e 3 de novembro de 2018, com um total de 180 horas de trabalho presencial, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) em atividade desde 2011, abrangendo 77 347 utentes e contando com uma equipa de 15 enfermeiros, e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) com 10 829 utentes inscritos e uma equipa que conta com 6 enfermeiros.

A UCC opera em articulação com as várias unidades funcionais do ACES (Decreto-Lei n.º28/2008, 2008) e parceiros sociais, dando resposta a vários programas nacionais de saúde. As suas principais áreas de intervenção são a Saúde Infantil e Juvenil, a Saúde Materna, a Doença Crónica e a Saúde Mental. Esta equipa contempla 12 enfermeiros especialistas, entre os quais se encontram 2 Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Na USF, os cuidados são prestados pela equipa de saúde familiar que é constituída por um médico, um enfermeiro e técnico administrativo, neste contexto também foi possível acompanhar uma EESIP.

Em contexto de Neonatologia, o estágio decorreu numa unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais de referência no Norte do país. São admitidos nesta unidade recém-nascidos prematuros (RNPT) e/ou com outras necessidades de cuidados de saúde específicos. O trabalho é desenvolvido por turnos e o corpo de enfermagem organizado por equipas, sendo que em cada turno estão presentes pelo menos 6 enfermeiros,

e o responsável de cada equipa é um EESIP. Estruturalmente esta é uma unidade ampla em que as 15 unidades estão dispostas em torno de uma área de trabalho onde se encontra a equipa de enfermagem, engloba também uma sala de espera com um sofá onde os pais podem descansar e ver televisão, uma casa de banho para os pais e outra para profissionais, um gabinete médico, área de desinfeção (zona de limpos/sujos), uma copa para profissionais, sala de aprovisionamento e uma zona de preparação e acondicionamento de medicação e materiais necessários à sua administração. As unidades dos recém-nascidos (RN) estão equipadas com monitor de vigilância cardiorrespiratória (com monitorização central), com máquinas e seringas perfusoras, incubadoras (abertas/fechadas) e ventiladores, etc.

O estágio em contexto de SU ocorreu num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica, também este uma referência no Norte do país. A afluência a este serviço ronda os 220 atendimentos por dia, e cujos picos se situam entre as 16 horas e as 24 horas. A equipa de enfermagem contempla, pelo menos, 7 enfermeiros por turno e é organizada de forma a que 1 enfermeiro (neste caso EESIP) a coordene. Assim, 2 elementos ficam responsáveis pela área de triagem, 2 elementos prestam cuidados lado a lado com a equipa médica, ficando em gabinetes, e por fim os outros 2 enfermeiros cuidam das crianças que se encontram no serviço de cuidados intermédios da urgência (OBS). Neste último espaço ficam crianças cuja necessidade de permanência no SU implique vigilância clínica num período de tempo que se prevê inferior a 24 horas.

3. Competências Desenvolvidas no Estágio

O EESIP desenvolve a sua atividade centrando-se na criança e na família observando sempre este binómio como o alvo dos seus cuidados. O seu trabalho ocorre em parceria com a família, visto que é desprovido de sentido cuidar descurando o contexto em que a criança ou jovem se insere. A sua realidade, os seus desejos e preferências, as suas necessidades refletem-se a vários níveis dos cuidados prestados. Compete ao EESIP a prestação de cuidados do nascimento aos 18 anos, podendo este período alargar-se aos 21 ou 25 anos em casos de doença crónica, incapacidade ou deficiência, para permitir uma transição e acompanhamento adequados para a vida adulta, de acordo o Regulamento n.º 422/2018 de 12 julho de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Independentemente do contexto em que desenvolve funções, o EESIP tem como principal preocupação o bem-estar da criança e da família (Hockenberry & Wilson, 2014). Os mesmos autores defendem os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos como a base da filosofia da Enfermagem Pediátrica. Neste sentido, imbuídos de um clima afetivo preconizam a prestação de cuidados individualizados às crianças e jovens em parceria com as suas famílias.

A parceria de cuidados em Pediatria é um pilar fundamental que não pode ser quebrado, tratando-se de uma parceria negociada é fundamental que haja uma comunicação aberta e eficaz com uma efetiva valorização de todo o conhecimento que os pais detêm acerca dos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que o EESIP detenha as seguintes competências:

- *“assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;*
- *cuidar da família/jovem e família nas situações de especial complexidade;*

- *prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As competências anteriores servem de inspiração às competências que surgem ao longo deste relatório, e são como guias orientadoras de todo o estágio, para concluir o plano de estudos preconizado para este Curso de Mestrado em Enfermagem.

As diferentes competências a apresentar estarão organizadas em quatro domínios: domínio da prestação de cuidados, domínio da formação, domínio da gestão e domínio da investigação.

3.1. Domínio da Prestação de Cuidados

A necessidade de cuidados numa criança é incontornável, desde o nascimento até à sua vida adulta. Para um bom desenvolvimento biopsicossocial tanto a criança saudável como a doente carecem do acompanhamento dos vários profissionais de saúde, sendo neste sentido, o EESIP uma referência.

Para demonstrar a aquisição das competências, no domínio da prestação de cuidados, serão agrupadas as competências a desenvolver, os objetivos específicos e as atividades que lhes permitiram dar resposta, sendo que neste domínio se relacionam com o trabalho em equipa, a comunicação com a criança/família, o processo de enfermagem nos diferentes contextos, o aprofundamento de conhecimentos e as situações complexas de cuidados.

Competência desenvolvida:

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Objetivos:

- Conhecer a estrutura física, recursos e organização dos serviços onde se realizou o estágio;
- Compreender a dinâmica e integrar a metodologia de trabalho utilizada.

Atividades:

- Visitei os serviços e contactei com as suas dinâmicas de funcionamento;
- Consultei os manuais de acolhimento, tomando conhecimento das normas e protocolos de cada contexto de estágio;
- Presenciei a criação da equipa de Promoção e Educação para a Saúde (PES) e à avaliação inicial da PES na Escola;
- Compreendi a dinâmica e participei nas diferentes atividades;
- Integrei-me no funcionamento dos serviços e suas equipas.

Reflexão crítica:

Em contexto de CSP, tive oportunidade de contactar com uma realidade muito distinta da minha prática diária, que se insere num serviço de internamento. A organização deste contexto, as diferentes unidades funcionais e toda a dinâmica que implica foram uma novidade. Para que tudo se articule e funcione em perfeita sintonia, o trabalho de equipa surge como uma questão fundamental. Esta é uma realidade incontornável para a Enfermagem, já que tanto entre pares quanto multidisciplinarmente, se desenvolve o nosso trabalho. No caso das consultas de saúde infantil e juvenil (CSIJ) é de extrema importância uma coordenação eficaz com o médico de família, por exemplo, para evitar o desconforto de despir a criança mais do que uma vez na mesma consulta. Esta situação implica que haja uma boa comunicação entre a toda equipa, no planeamento de estratégias com vista a prestar os melhores cuidados de saúde. Assim, estão em concordância com as tendências das práticas internacionais, abandonando a prática profissional individualizada substituindo por uma prática de grupo (Branco & Ramos, 2001), que beneficia particularmente o cliente e na minha perspetiva é vantajosa para o próprio sistema na medida em que são associados esforços com vista a melhorar os cuidados prestados. A desvalorização de um determinado aspeto por um profissional poderá ser colmatada pela presença do outro e vice-versa, tal como foi oportuno constatar nestas consultas.

Na área de intervenção da UCC relacionada com a preparação para a parentalidade, o EESIP desenvolve a sua atividade lado a lado com o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica criando-se uma parceria. Assim, organizam as temáticas a abordar em

cada sessão para que não ocorram repetições. Esta foi mais uma das oportunidades de trabalho de equipa em que assisti a sessões de massagem infantil e segurança infantil.

O trabalho de equipa não se extingue nestas ocasiões, também foi possível desenvolver atividades em contexto escolar com as equipas PES, equipa multiprofissional, particularmente no Dia da Alimentação, estive presente numa escola, integrada no agrupamento de escolas atribuído ao EESIP que orientou o meu estágio, e foi possível colaborar nas atividades preparando e distribuindo fruta a todos os alunos, professores e funcionários presentes. Ainda no âmbito desta comemoração, neste agrupamento organizou-se uma caminhada destinada a toda a comunidade educativa e na qual participei juntamente com o EESIP. Embora estivesse divulgada em vários locais do agrupamento apenas compareceram 6 alunos a esta atividade, tendo-se verificado maior adesão da parte da equipa docente. Estas ações junto da comunidade escolar são medidas que promovem e permitem influenciar estilos de vida mais saudáveis prevenindo e combatendo a obesidade infantil (Macedo, Festas & Vieira, 2012).

Ainda em contexto escolar acompanhei o EESIP noutra escola no início do ano letivo assistindo à construção da equipa de PES e à reunião em que se realiza a avaliação inicial da PES na Escola, que consiste na avaliação das práticas e políticas atuais com o objetivo de determinar as necessidades e prioridades da comunidade educativa (DGS, 2015). Penso que este foi um dos momentos que posso destacar da minha breve passagem pela UCC, visto que me permitiu compreender como se inicia realmente um projeto de Saúde Escolar num estabelecimento de ensino. Todo o seu planeamento é rigoroso e obedece a normas, não se limitando à implementação de sessões que ‘se pensa’ ser necessário realizar, pois estas são mesmo solicitadas em virtude das necessidades e prioridades definidas para um período de 3 anos.

Em contexto hospitalar, a Neonatologia constituiu um grande desafio, tanto pela especificidade de cuidados que envolve, quanto pelo meu fascínio e curiosidade pelos cuidados intensivos, que dominaram esta experiência enriquecendo-a de uma forma muito particular. O objetivo dos profissionais que desenvolvem a sua atividade nesta Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é prestar os melhores cuidados de saúde aos recém-nascidos (RN) e às suas famílias. Apesar do curto período de estágio consegui compreender a dinâmica do serviço, a sua articulação e integrar-me na equipa de saúde. Efetivamente senti uma grande proximidade entre a equipa multidisciplinar, o que penso que se deve ao facto de esta ser uma unidade ampla e aberta, onde a zona de trabalho e de permanência da equipa

de enfermagem se situa precisamente no centro da unidade e em que todos se podem ver, enfermeiros, pais, assistentes operacionais, médicos e outros técnicos de saúde. De salientar que esta estrutura física, na minha perspetiva, se torna um elemento facilitador para a comunicação entre toda a equipa e desta forma fundamental para a prestação de cuidados de melhor qualidade. Para traduzir um pouco esta proximidade entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, num dos meus primeiros turnos, uma médica aborda-me questionando acerca do estado de um RN, num primeiro momento expliquei que era apenas aluna do mestrado e aquele era um dos primeiros dias mas mesmo assim insistiu em tentar perceber o que percecionava em relação ao estado da criança, e aí partilhei a minha perspetiva de quem apenas carrega a bagagem teórica deste universo da neonatologia. De alguma forma este momento, entre outros que partilhei nesta unidade, permitiram sentir-me integrada nesta equipa.

Em contexto de SU nos primeiros turnos foi possível consultar e conhecer os protocolos existentes. Nesta instituição o modelo de triagem utilizado é a triagem canadiana, este foi um serviço pioneiro no país quanto à sua implementação, e tem vindo a atualizar constantemente a sua abordagem seja em termos comunicacionais seja em termos informáticos. O protocolo da triagem canadiana, tem vindo a ser revisto, assim como trabalhado por toda a equipa que o utiliza. Neste contexto consegui compreender o percurso da criança/família desde a admissão no SU até à sua alta ou transferência. Foi evidente a importância da triagem para aceder a cuidados em tempo útil dadas as necessidades manifestadas. O encaminhamento para a zona dos gabinetes médicos e de enfermagem em função dos procedimentos necessários e por fim a alta ou a orientação para os serviços de cuidados intermédios (vulgo OBS), intensivos, internamento médico ou cirúrgico e/ou bloco operatório. Em contexto de OBS, como já referi prevê-se que o tempo estimado de permanência seja inferior a 24 horas, contudo assisti a momentos em que as crianças aqui permaneciam durante vários dias. As condições físicas deste espaço, especialmente a ausência de luz natural foram o aspeto que mais me incomodou, como é possível proporcionar o mínimo de conforto a crianças e profissionais sem que lhes seja possível ver a luz do dia? O escuro sempre foi tido como assustador, nesta situação em que as crianças/jovens se encontram fragilizados pela sua situação de saúde, penso que este aspeto assume um papel preponderante. Não se tratando de uma conceção recente a luz natural possibilita maior estimulação, proporcionando a noção do tempo cronológico e climático do

exterior o que beneficia o estado de saúde da pessoa, já Florence Nightingale defendia esta ideia visto que contribuía para uma atmosfera de cuidados favorável (Costi, 2001).

O próprio funcionamento deste SU tem características distintas visto que várias equipas médicas externas (de outros hospitais da região) vêm exercer neste espaço. Pelo que por vezes as crianças que necessitam de internamento são encaminhadas para os hospitais das suas áreas de residência. Este aspeto levou-me em vários momentos a refletir, visto que por várias vezes é difícil, em virtude das contingências do número de vagas e da logística dos serviços, agilizar o transporte de crianças para os internamentos. Esta dificuldade, em efeito bola de neve, acaba por manter a criança mais tempo no SU, o que provoca uma sobrecarga desnecessária nos serviços. Tempos de espera aumentados para transferências (intra e interhospilares), diminuição dos recursos disponíveis para novos clientes, cansaço dos familiares e crianças na expectativa de um espaço para recuperar tranquilamente e solicitações constantes aos profissionais do SU que pouco mais do que umas palavras de conforto poderão oferecer-lhes são alguns dos problemas enfrentados.

Competências desenvolvidas:

Desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade.

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objetivo:

- Aprofundar competências comunicacionais com o binómio criança/família nos diferentes contextos de estágio.

Atividades:

- Assisti, colaborei e entrevistei os pais das crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) para posterior realização do Plano de Saúde Individual (PSI) e de outras crianças sem NSE;

- Promovi o respeito e equidade pelas crenças, prestando cuidados culturalmente congruentes;
- Favoreci a comunicação expressiva de emoções nos diversos contextos de estágio pelos pais e crianças;
- Utilizei técnicas de entrevista objetiva em contexto de SU, durante a triagem.

Reflexão crítica:

As várias semanas de estágio permitiram-me ter imensas oportunidades de desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico de saúde/doença.

Estas competências, no contexto de CSP, foram desenvolvidas em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, no Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI) e em contacto com pais e crianças com NSE, cuja ligação com a saúde surge por iniciativa dos pais, do estabelecimento de ensino ou do EESIP para sinalizar a criança e as suas necessidades, por dificuldades de articulação com a equipa educativa relativamente a cuidados especiais, etc. Nestas situações o EESIP assume uma posição de destaque e como uma figura de autoridade no âmbito das necessidades da criança consegue criar parcerias e organizar toda a dinâmica e funcionamento da escola em função das necessidades da criança tornando a escola inclusiva permitindo assim todas as oportunidades àquela criança salvaguardando a sua situação de saúde (DGS, 2015).

A realização de PSI também foi uma atividade que tive oportunidade de concretizar acompanhada pelo EESIP e refletir sobre a mesma utilizando a Classificação Internacional para a Funcionalidade da Criança e Jovem (CIF-CJ). Compreendi também que todas as crianças com NSE da área de influência da UCC onde estagiei estão a cargo dos EESIP daquela unidade. Estou de acordo com esta política dado que são os profissionais cujas competências lhes permitem avaliar o desenvolvimento da criança e assim identificar, em colaboração com os pais/encarregados de educação e um elemento da escola, quais os fatores facilitadores e/ou os fatores barreira em contexto escolar. O papel da saúde escolar, mais do que contribuir para a inclusão e resposta adequada às NSE das crianças, tem como missão a promoção dos Direitos das Crianças, da aceitação da diferença e ainda do reconhecimento e do valor individual (DGS, 2015).

No projeto da UCC no âmbito da parentalidade, nomeadamente nas sessões de massagem infantil (nas duas que tive oportunidade de acompanhar) percebi que uma das crianças presentes aparentava um padrão de desenvolvimento alterado, sendo que

posteriormente foi possível constatar que já havia um registo de sinais de alarme, uma competência que julgo fundamental no EESIP. Foram feitos ensinamentos à mãe na sessão no sentido de promover o adequado desenvolvimento infantil, assim como o EESIP ficou com este foco de atenção para os próximos contactos no sentido de avaliar e até referenciar para a Equipa Local de Intervenção (ELI) em caso de necessidade efetiva. A ELI é constituída por equipas pluridisciplinares, não tive oportunidade de observar qualquer contacto, contudo discuti o seu campo de atuação com o EESIP, onde estão envolvidos vários profissionais (enfermeiros, educadores de infância de intervenção precoce, médico de família ou pediatra, assistente social, psicólogo e outros terapeutas). A sua função é: (1) identificar as crianças que carecem de intervenção precoce e por isso elegíveis para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI); (2) elaborar e executar o plano individual de intervenção precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação; (3) assegurar a vigilância às crianças e famílias, avaliando periodicamente; (4) identificar necessidades e recursos das comunidades dinamizando redes de apoio social; (5) articular, sempre que se justifique, as comissões de proteção de crianças e jovens em risco; (6) assegurar os processos de transição adequados a cada criança; (7) articular com os docentes das creches e do pré-escolar em que as crianças se encontram; (8) etc (Decreto-Lei n.º281/2009, 2009). Ao SNIPI compete ainda garantir as condições de desenvolvimento de crianças entre os 0 e os 6 anos com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades expectáveis para a respetiva idade (Decreto-Lei n.º281/2009, 2009).

Pude constatar que o papel do EESIP na ELI é defender o interesse maior da criança, protegendo os seus direitos e valorizando as suas competências, permitindo o desenvolvimento pleno das suas capacidades, garantindo sempre a privacidade e confidencialidade inerentes à sua área de atuação.

O respeito pelas crenças e pela cultura é um princípio crucial para a Enfermagem, cuidar de pessoas implica ter em consideração tudo e todos que com ela se relacionam, senão vejamos é desprovido de sentido pensar cuidar de uma criança com uma doença crónica, por exemplo, sem atender àquilo que são as crenças da criança e da família que integra, sem criar uma parceria com a mesma. O cuidado holístico prevê isso mesmo atender a todas as dimensões da pessoa cuidada. Nos mais diversos contextos, como nas CSIJ, nas UCIN e em SU o EESIP contacta, de forma regular, com as mais variadas culturas, o que implica que tenha conhecimento acerca das mesmas. O seu foco de atenção é a saúde, o bem-estar, a ausência de risco e o desenvolvimento harmonioso daquela criança e família, desprovido de

juízos de valor e/ou discriminação, sendo sua função apenas informar-se acerca das crenças e práticas culturais dos seus clientes, protegendo a criança caso constate existir risco pelas práticas culturais ou crenças existentes.

Nas sessões de Promoção de Saúde Oral que tive oportunidade de realizar verifiquei que há muitas crianças de outras nacionalidades e etnias nas escolas, nomeadamente crianças brasileiras, venezuelanas, chinesas, ucranianas, etc... A todas as crianças, que assim desejaram, foi permitido participar nas sessões de forma equitativa e nestas breves abordagens foi evidente a sua bagagem cultural em pequenas expressões, o que tornou muito mais rica e interessante esta experiência. Desta forma procura-se prestar cuidados culturalmente congruentes, proporcionando um atendimento de qualidade e fundamentalmente significativo e eficaz para os clientes. Para que isto seja uma realidade o enfermeiro necessita ter consciência de si, das suas crenças e valores que lhe permita distinguir das crenças, valores e contexto cultural do indivíduo que está a cuidar (C. N. Alves et al., 2015).

A Neonatologia é um contexto muito complexo do ponto de vista emocional, tanto para os pais bem como para os profissionais de saúde, pois há momentos em que os RN quer pela idade gestacional quer pela existência de patologia congénita atravessam situações críticas desafiando a própria vida. O parto prematuro é um acontecimento inesperado no ciclo de vida da família, surgindo envolto em preocupações e dúvidas, o que terá implicações na adaptação que os pais estão a fazer ao seu novo papel. Frequentemente o RNPT não corresponde à imagem que os pais idealizaram criando-se assim uma disrupção entre o bebé real e o bebé imaginário (Fleck & Piccinini, 2013). Em situação de instabilidade, a necessidade de internamento numa UCIN é causadora de angústia, confusão, ansiedade, tristeza, desamparo, frustração, medo, revolta e essencialmente impotência face ao risco de vida do filho (Diaz, Fernandes & Correia, 2014).

Nestes instantes de particular dificuldade para as famílias é essencial desenvolver competências comunicacionais que permitam confortar as mesmas. O papel do EESIP é determinante para que seja um elemento facilitador desta vivência, visto que as intervenções do enfermeiro se destinam a ajudar as pessoas a criar condições para que esta se considere uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 1994). A parentalidade é, para estas autoras, uma transição desenvolvimental, pois relaciona-se com as mudanças no ciclo de vida (Schumacher & Meleis, 1994). Assim, implica um ajuste e uma redefinição de papéis e

relações no seio familiar e social, levando a alterar rotinas para cuidar do novo membro. O apoio à família neste contexto, a relação terapêutica estabelecida com a mesma, o reconhecimento do EESIP como o elo de ligação ao RNPT são cruciais. O toque, o olhar, a presença e mesmo os silêncios são valorizados pelos pais que referem ser bem cuidados, sublinhando ainda a empatia dos profissionais que lhes permite comunicar abertamente sentimentos (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015). Assim, sempre que possível, encorajei os pais à comunicação expressiva de emoções, a colocarem também todas as suas dúvidas e medos, mostrando-me disponível para os apoiar. Um momento significativo neste contexto de estágio foi durante a visita de uma mãe ao seu bebé, cuja irmã (gémea) faleceu durante o parto, em que a mãe remete o seu discurso para esta situação. A EESIP que me orientou conseguiu gerir aquele momento, percebendo a necessidade que esta pessoa tinha de falar sobre a situação, questionando diretamente se quer falar sobre este assunto, se isso a alivia, permitindo que chorasse e expressasse todos os seus medos e incómodos. O vazio absoluto provocado pela perda deste filho implica um processo de luto que se evidenciou muito angustiante para esta mulher (E. M. B. Silva & Silva, 2014). A necessidade de conforto que aparentou encontrar nas palavras da EESIP foram uma tentativa de minimizar a sua dor. Aceitar o paradoxo da presença de uma criança viva (com tantas necessidades de cuidados) e da perda da sua irmã foi um grande desafio para esta mãe.

Em articulação com a equipa e enriquecendo esta experiência na Neonatologia, tornou-se oportuno conhecer a dinâmica do bloco de partos. Numa tarde de estágio, assisti ao nascimento de quatro crianças, sendo uma das quais encaminhada de imediato para a UCIN. A hipótese de estar presente nestes eventos foi muito favorável na medida em que me permitiu refletir sobre a necessidade do EESIP estar presente no bloco de partos, situação que nesta instituição não se verifica. O sentimento dominante naqueles instantes tão marcantes é apenas o efetivar do nascimento, isto é, a preocupação dominante é extrair o RN do meio intra-uterino. A observação e avaliação do RN pelo pediatra beneficiaria da presença do EESIP pois seriam uma dupla cuja parceria favoreceria a excelência dos cuidados prestados. Mais tarde tive a oportunidade de partilhar esta impressão com a EESIP e outros colegas que simplesmente testemunharam o mesmo que eu, manifestaram que seria importante o acompanhamento do pediatra pelo EESIP no bloco de partos, pois o RN fica em “segundo plano”. Houve tempos em que os EESIP deste serviço apoiavam no bloco de partos, o que atualmente já não acontece, percebi que se devia a uma carência de recursos humanos no bloco de partos, que neste momento já foi colmatada. De salientar que durante

este episódio acompanhei um RNPT para o serviço de neonatologia, mas antes de o fazer e pela sua estabilidade hemodinâmica após o nascimento pude favorecer o seu contacto com os pais, incentivado a que pegassem ao colo e se aproximassem antes de ser colocado na incubadora de transporte.

No SU, o EESIP tem uma ligação de extrema importância com as famílias, é o primeiro a receber, acolher e integrar no serviço os pais que estão completamente assustados com toda a envolvimento. Aqui a comunicação com a criança e a família reveste-se de particular importância tendo em conta que este é o local onde ocorre frequentemente o primeiro contacto com o meio hospitalar. O EESIP enquanto triador é aquele que faz a ponte entre o meio exterior (a rua) e o interior (contexto hospitalar) e deve ter presente que este é um momento de rutura com o seu quotidiano sendo um evento crítico. Na triagem compreendi a importância de direccionar corretamente todo o discurso e realizar apenas as questões estritamente necessárias e pertinentes, dado que é fundamental que este seja um contacto muito breve, mas que em poucos minutos se perceba a gravidade da situação com que nos deparamos. Durante a prestação de cuidados percecionei que pelo facto de se tratar de um contacto pontual é muito difícil estabelecer alguma relação próxima com as crianças e suas famílias. Porém em situação de emergência, talvez devido à vulnerabilidade da circunstância, há uma nítida aproximação dos profissionais às famílias com o intuito de os manter informados em relação à situação com o objetivo de minimizar a sua ansiedade. Uma experiência que seguramente não esquecerei foi o momento em que surgiu uma emergência em que o médico presente foi prestando alguns esclarecimentos à família. A criança encontrava-se consciente, pelo que mobilizei estratégias de distração como conversar com ela, transmitindo-lhe segurança e conforto. Gerir o medo, que é o sentimento dominante nesta criança face a esta perda de controlo da situação, é uma intervenção fulcral para o enfermeiro pois permite-lhe apoiar a criança num momento de crise e emocionalmente exigente (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida., 2015). O cuidado de enfermagem está para além dos cuidados físicos ao cliente, este manifesta-se também através da comunicação assertiva e afetuosa e da humanização do mesmo desenvolvendo um cuidado individualizado. Para Neves *et al* (2016) a relação de ajuda estabelecida entre as crianças, cuidadores e os profissionais permite um vínculo facilitador do processo de cuidar. A confiança cria um elo que facilita a comunicação e por seu lado torna menos traumático o atendimento durante uma emergência (Neves et al., 2016). Este momento proporcionou-me reflexão na medida em que percebi que foi essencial para aqueles pais ter a noção do que

estava a acontecer dentro da sala de emergência, visto que foram constantemente informados e tranquilizados pelas equipas médica e de enfermagem. Passadas 5 horas da entrada no SU esta criança encontrava-se estabilizada e com a dor controlada, sendo finalmente transferida para o serviço de cuidados intermédios (OBS) onde permaneceu em vigilância e sempre acompanhada pelos pais.

Também neste contexto, num momento de triagem recebemos uma criança de 3 anos, acompanhada pela psicóloga da escola, pelos técnicos de socorro e pelas autoridades, por suspeita de abuso sexual. Segundo a psicóloga a criança descreve clara e objetivamente todo o processo. Este episódio marcou-me, apesar de ter a noção da sua ocorrência, felizmente o contacto com esta realidade é diminuto. Rapidamente esta criança foi encaminhada para o gabinete médico da chefe de equipa do SU nesse turno, que contacta a equipa de medicina legal para realizar as devidas perícias, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e o Tribunal de Família e Menores para que todo o processo se desencadeasse. Os maus-tratos na infância são uma realidade incontornável e remetem para qualquer *“ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”* (DGS, 2011^a,p.7). Em SU os casos mais frequentes remetem para situações de violência ativa, como violência sexual e física, em oposição a casos de negligência que são particularmente apreendidos pelos serviços sociais. Os estudos revelam que o agressor é maioritariamente do género masculino e que em casos de violência sexual ocorrem sobretudo nos meses de verão e em dezembro, explicados pelo período de férias escolares (Almeida, Ramos, Almeida, Escobar, & Garcia, 2017), tal como aconteceu no caso relatado. O papel do enfermeiro neste contexto é essencialmente assegurar a proteção da criança, zelando pela sua segurança e bem-estar pois sabe-se que os maus-tratos na infância têm repercussões dramáticas ao nível do desenvolvimento infantil. Desta forma, enquanto esta criança se manteve no SU permaneceu acompanhada pela psicóloga que denuncia a situação e a equipa de enfermagem proporcionou apoio, alimentação e um espaço para que se distraísse, tendo a situação sido encaminhada para o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR).

Competências desenvolvidas:

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de desenvolvimento pessoal e profissional;

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Objetivos:

- Manter-me atualizada face ao conhecimento continuamente produzido de forma a responder adequadamente aos desafios propostos;
- Transferir para a prática diária resultados da investigação.

Atividades:

- Frequentei a componente curricular do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria;
- Assisti a formação em serviço em diferentes contextos de estágio;
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido (NIDCAP), competências alimentares do RNPT, CIPE;
- Li e interpretei o conhecimento científico de forma sistemática na área de Saúde Infantil e Pediatria.

Reflexão crítica:

A intenção de frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediatria é uma manifestação de constante procura de saber. Este percurso tem-me permitido contactar com vários profissionais de domínios muito diversificados, o que inevitavelmente me tem acrescentado muito enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

O regresso à vida académica constituiu um desafio que foi vivido intensamente e despertou o meu interesse sobre a investigação, métodos, ferramentas e novos conteúdos que foram lecionados. A minha experiência profissional permite-me ter uma perspetiva diferente

e, ao mesmo tempo relacionar conteúdos com a prática clínica, sendo que também me possibilita a sua integração nos cuidados prestados, melhorando a qualidade dos mesmos.

Durante o estágio na UCC frequentei uma formação a cargo do Centro de Respostas Integradas sobre Prevenção e Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências e na Neonatologia uma formação em serviço sobre rastreio de produtores de carbapenemases. Os comportamentos aditivos e as dependências são uma realidade perturbante quando pensamos nos adolescentes, desta forma frequentar esta formação foi muito relevante pois permitiu-me contactar com novas designações de drogas existentes assim como conhecer a sua aparência, o que quando trabalhamos com esta população é de facto, uma mais-valia. Como forma de prevenir e conter infeções hospitalares por produtores de carbapenemases, foi essencial este momento formativo pois assim compreendi a importância deste rastreio, melhorei e refleti sobre as minhas práticas neste âmbito.

A preparação de uma formação de pares sobre CIPE e Registos de Enfermagem em cuidados na comunidade implicou uma exaustiva pesquisa, assim como contactar, discutir e acompanhar uma enfermeira parametrizadora do sistema de registos de enfermagem, noutra UCC, para abordar corretamente esta temática, que será mais explorada neste relatório no domínio da formação.

No contexto da Neonatologia tive a oportunidade de conhecer, aplicar e estudar um pouco mais sobre o NIDCAP. Consultei o Manual de Introdução ao Cuidado de Individualizado do Recém-Nascido – NIDCAP disponível na UCIN. Este é um programa que se encontra centrado no desenvolvimento do RN e na família, foi desenvolvido no início dos anos 80 por Heidelise Als, e a sua principal preocupação é minimizar o impacto negativo do ambiente de uma UCIN no desenvolvimento do RNPT. Esta UCIN iniciou-se no NIDCAP em 2003, e atualmente desenvolve todas as suas atividades em função do mesmo, é também o primeiro centro de formação de NIDCAP em Portugal e único em língua portuguesa. A sua implementação requer indubitavelmente a mudança de atitude e comportamentos de toda a equipa multidisciplinar. Como elemento externo à UCIN senti esta limitação em profissionais que poucas vezes visitam a unidade, por exemplo, pedindo autorização/questionando a enfermeira responsável pelo RN se era oportuno realizar o procedimento.

Os componentes essenciais do NIDCAP são: avaliação; coordenação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado; oportunidades para contacto

pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (A. O. Santos, 2011). Mais do que cobrir a incubadora, posicionar o bebê no ninho, diminuir os ruídos este programa prevê cuidados centrados no desenvolvimento, ou seja, embora estes aspectos sejam importantes mais importante será encarar o RNPT como colaborador ativo nos seus próprios cuidados. A abordagem é comportamental e por isso individual, no sentido de atender aquela criança na sua dignidade com os melhores cuidados possíveis (A. O. Santos, 2011). Para que seja possível conhecer verdadeiramente o RNPT, este programa prevê sucessivas observações com critérios muito bem definidos acerca do comportamento que evidenciam, fornecendo dados valiosos na sua reatividade ou desconforto face aos cuidados prestados. Pedir permissão para tocar o seu frágil corpo, um toque gentil, a contenção física, a planificação e organização dos cuidados, assegurar a privacidade, manifestar carinho e atenção são fortes recomendações que interferem no bem-estar do RN e influem na sua organização (A. O. Santos, 2011).

Em Neonatologia, logo no primeiro turno deparei-me com a problemática das competências alimentares do RNPT. Assim, conversando com a EESIP percebi que seria uma excelente oportunidade de pesquisa e por isso dediquei algum tempo a estudar um pouco sobre a aquisição das mesmas. Sabe-se que os reflexos de sucção e deglutição só estão presentes a partir das 32 a 34 semanas de gestação e a sua sincronização não ocorre até às 36-37 semanas (Hockenberry & Wilson, 2014). Na realidade da UCIN estamos frequentemente, perante RNPT o que além de toda a imaturidade verificada ao nível dos outros sistemas fisiológicos o mesmo acontece com as competências alimentares. Esta situação causou-me inquietação também porque percebi que em diferentes momentos o mesmo bebé é alimentado utilizando diferentes estratégias. Neste sentido, procurei perceber como pode o EESIP reconhecer e contribuir para a aquisição destas capacidades. Assim, impulsionada pelo conhecimento que a EESIP evidenciava e na sua tentativa de demonstrar num RNPT, que apresentava bradicardias durante a mamada, investiguei um pouco sobre esta temática.

Neto (2014) refere que é fundamental que haja maturação e coordenação para que o RNPT seja capaz de sugar, deglutir e respirar. A mesma autora admite que a presença de dispositivos, sejam sondas e tubos, também se configura como um obstáculo ao contacto das mãos com a boca o que constitui uma barreira ao desenvolvimento da coordenação oro motora (Neto, 2014). Quando o RN se encontra acordado e evidencia sinais de prontidão para mamar, como movimentar a face contra a roupa da cama, mamar na mão, choro e

excitação o EESIP oferece o biberão ou coloca à mama se a mãe estiver presente. No caso que presenciei utilizou-se leite materno no biberão pois a mãe não se encontrava presente e percebi a importância de conter fisicamente aquele RNPT para que se sentisse aconchegado e para que não permitisse a sua descoordenação durante todo o processo. Certo é que constatei que mesmo utilizando estas medidas, este RNPT ainda não era capaz de o fazer autonomamente, assim a EESIP necessitou de impor pausas respiratórias para que o bebê não se atrapalhasse, portanto, a cada 5 sucções seguidas estabelecia um tempo respiratório de forma a que impedisse a manifestação de sinais de stress tais como alterações da cor da pele, sonolência e polipneia (Neto, 2014). Desta forma, é crucial que estejamos alertas para estas manifestações respeitando as pausas para que o RN respire, mantenha a estabilidade fisiológica e previna o cansaço. Observei a estimulação da sucção não nutritiva em vários momentos (pois favorece o desenvolvimento da musculatura da boca e língua), em alguns casos utilizando umas gotas de sacarose a 24%, noutros momentos utilizando leite materno ou adaptado pré-termo, especialmente durante a administração do leite por sonda orogástrica por gavagem, e constatei que estes são muito positivos para que o RNPT possa desenvolver estas competências. Uma prática a que não assisti foi a colocação do bebê à mama mesmo sabendo que ainda não era capaz de realizar uma mamada eficaz e suficiente, enquanto lhe era administrado por gavagem o leite materno e penso que seja de uma enorme vantagem para ambos, a estimulação e aprendizagem do reflexo de sucção para o RN e de estimulação da produção de leite materno para a mãe (Neto, 2014), sendo inequívoca a promoção da vinculação.

As estratégias a adotar na hora de alimentar também causaram inquietação, isto é, percebi claramente a importância e o privilégio sempre que possível da via oral, contudo há RNPT que têm sondas orogástricas e em alguns momentos são alimentados via oral, noutros momentos através do dispositivo por gavagem e noutros momentos até em perfusão. Para uma recém-chegada a este fascinante mundo da UCIN foi um estímulo compreender as decisões que suportam as diferentes opções. No decurso do estágio compreendi que o respeito pelo bebê, pela sua integridade e individuação estimula a que os seus cuidados sejam únicos e por isso destituídos de um protocolo ou rotina intransigente. Os períodos de sono são habitualmente respeitados e preferencialmente ininterruptos e por este motivo se administra alimentação através da sonda por gavagem (quando o RN não acordou durante a noite para mamar) por outro lado a existência de conteúdo gástrico, intolerância alimentar e instabilidade hemodinâmica evidente podem levar a que o EESIP opte por administrar a

alimentação em perfusão. Pereira-da-Silva *et al* (2014) afirmam que é vantajosa a administração por gavagem em detrimento do uso da perfusão pois requer menos equipamento e é mais fisiológica contrapondo com a retenção de nutrientes no sistema de administração em perfusão. Por este motivo é preferencialmente utilizada em caso de impossibilidade de uso da via fisiológica, a administração por sonda orogástrica por gavagem (em bólus) e apenas em caso de resíduo gástrico (esvaziamento lento) a perfusão, pois pode ocorrer separação dos nutrientes (no caso do leite materno) no sistema de administração com consequente perda dos mesmos (Pereira-da-Silva et al., 2014).

Competências desenvolvidas:

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

Planejar e executar intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Objetivos:

- Colaborar na assistência de Enfermagem Especializada nos diferentes contextos, utilizando uma metodologia de trabalho científica;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competência no âmbito da Saúde Escolar;
- Compreender a importância da parceria de cuidados em Pediatria;
- Desenvolver competências no âmbito dos cuidados antecipatórios com o intuito de otimizar o desenvolvimento infantil e juvenil.

Atividades:

- Planeiei e realizei sessões de Educação para a Saúde, nomeadamente no âmbito da Promoção da Saúde Oral com as crianças do primeiro ciclo do Ensino Básico;
- Acompanhei o EESIP e assisti e participei na realização do RSVI;
- Assisti/Realizei consultas preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ);
- Prestei cuidados de enfermagem especializados nos diferentes contextos de assistência, utilizando a metodologia científica de enfermagem;

- Negocieei a prestação de cuidados a RNPT.

Reflexão crítica:

Os contributos das mais diversas disciplinas, desde o início deste curso, têm sido fundamentais no decorrer do estágio. Desta forma, a demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos na minha área de especialização é essencial, o que me permitiu ter um olhar crítico perante as situações com que me fui deparando.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015) foi uma das áreas de maior enfoque durante o estágio em contexto de CSP. A leitura atenta do programa e a possibilidade de integrar uma equipa que o aplica e o explora nas mais diversas vertentes foram oportunidades essenciais. A aplicação deste programa é feita utilizando a metodologia de projeto em que, como referi anteriormente, é realizada uma avaliação inicial, definição de prioridades, estabelecimento de objetivos e metas, planeamento da intervenção, execução e avaliação. Além desta vertente mais protocolar do programa compreendi a importância do enfermeiro se mostrar disponível e conceber a escola e toda a comunidade educativa como seu parceiro nesta área de intervenção. O EESIP não “passa” na escola, o enfermeiro “está” na escola, os alunos identificam-no dentro e fora daqueles portões, abordam-no seja em que contexto for, o pessoal docente e não-docente reconhece-o como um aliado na consecução dos seus objetivos de Escola Promotora da Saúde, e mais do que isso até em questões pessoais procuram o seu conhecimento e o conforto das suas palavras. Mais do que implementar um programa constrói-se uma parceria em que ambos saem beneficiados, a comunidade escolar tornando-se mais saudável e o profissional de saúde por conseguir implementar e cumprir as suas metas.

O início do RSVI no ACES que integrei foi um momento importante na medida em que assisti desde a preparação da sala onde ia decorrer, a criação de todas as condições, montagem do equipamento e a formação *in loco* pelo responsável do projeto. Este rastreio insere-se no âmbito do Programa Nacional para a Saúde da Visão e foi implementado, iniciando-se com um rastreio piloto em quatro ACES na zona do Porto, com o intuito de abranger de diminuir a prevalência de ambliopia na população infantil (2 anos e aos 4 anos de idade) e referenciar em caso de necessidade de cuidados para consultas de Oftalmologia (Despacho n.º 5868-B/2016 de 2 de Maio do Ministério da Saúde, 2016). A deteção precoce permite melhorar a acuidade visual o que tem grande impacto na qualidade de vida da criança, seja do ponto de vista do sucesso escolar e profissional (a longo prazo) como dos

aspectos psicossociais nomeadamente a diminuição da autoestima e autoconfiança. A sua extensão a todo o território nacional será faseada e prevê-se que esteja concluída a 31/12/2019, estando nesta fase a concluir-se a sua implementação na zona Norte (DGS, 2018b). Os rastreios que presenciei foram realizados a crianças com dois anos e/ou a completar dois anos nesse semestre, assisti a sensivelmente duas centenas de rastreios e percebi que o EESIP tem um papel importante neste rastreio devido à fase de desenvolvimento da criança. As crianças em idade pré-escolar encontram-se numa etapa de intensa exploração do ambiente, apresentando neste período uma enorme vontade de adquirir autonomia que muitas vezes é frustrada pelo adulto, resultando em birras (Hockenberry & Wilson, 2014). O EESIP pode desta forma atuar como um educador, na medida em que lhe é permitido ajudar os pais/cuidadores das crianças a gerir estas birras tão típicas desta fase do desenvolvimento, assim poderá sugerir: que se ofereçam às crianças opções em vez de posições extremas; que escolham com cuidado quais as “guerras” a travar e ignorando as situações de menor importância; confortem a criança assim que esta se controle não cedendo ao pedido inicial; e que elogiem sempre a criança pelos seus comportamentos positivos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Houve situações com necessidade de utilizar e ensinar estas estratégias o que realça o papel do EESIP no sentido de promotor da parentalidade positiva. Embora o rastreio seja um procedimento muito rápido, indolor e que não implica qualquer contacto físico do profissional de saúde com a criança, já que apenas é necessário (de uma forma muito simples) incidir o refratómetro no olhar da criança, por vezes a disponibilidade da criança para o ato é nula. O equipamento utilizado é apelativo, utiliza um sistema sonoro e luminoso atrativo para a criança, no entanto, penso que uma das limitações é a necessidade de o utilizar numa sala escurecida que foi perfeitamente adaptada pelo EESIP na medida em que constantemente acendia (na entrada e apresentação) e apagava as luzes (durante a curta captação de imagens) para não assustar as crianças. Neste ponto reside na minha perspetiva a vantagem de ser um EESIP, pois consegue encontrar estratégias que permitam a realização do foto-rastreio, distraindo a criança, com vista à obtenção de imagens com qualidade necessária para posterior avaliação pelo oftalmologista.

O planeamento é fundamental em qualquer intervenção seja em grupo ou individual, permitindo ao profissional definir claramente os seus objetivos, as estratégias para a sua consecução, a execução da intervenção e por fim a avaliação da mesma. Em contexto de Saúde Escolar planeei duas sessões de PES em meio escolar no âmbito do Programa

Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), que apresentei em catorze sessões que tive oportunidade de avaliar. As sessões planeadas previam dois tipos de público, uma sessão para o pré-escolar e 1.º ano do 1.º ciclo e outra para os restantes anos do 1.º ciclo. As necessidades das crianças em matéria de saúde oral, são uma realidade, sabe-se, por exemplo, que apenas 25,7% das crianças com seis anos escovam os dentes apenas uma vez por dia (Martins, Ribeiro, & Gomes, 2015). Os temas a abordar foram muito semelhantes em ambas as sessões, com especial destaque para a técnica de escovagem, os momentos de escovagem, para a intransmissibilidade da escova de dentes, quantidade de pasta de dentes a utilizar, a importância de visitar o dentista e também do papel da alimentação saudável na saúde oral. As estratégias utilizadas foram distintas atendendo ao público-alvo, com exceção da técnica de escovagem que foi demonstrada em ambos os casos utilizando o modelo da boca. Nos mais novos foi visualizado e comentado um vídeo adequado à faixa etária e no final cantámos uma música para estimular a escovagem dos dentes, porém, nos mais crescidos utilizei um “jogo de caça ao tesouro” para avaliar e complementar os conhecimentos preexistentes, finalizando em ambas as sessões com a entrega dos kits de higiene oral (Apêndice I). Em alguns momentos foi necessário adaptar as sessões planeadas em função das condições encontradas e conduzi-las sempre focada nos objetivos pretendidos. Face ao planeado realizei 8 sessões em turmas do 1.º ano e 6 sessões em turmas do 2.º, 3.º e 4.º anos do ensino básico. Assistiram às sessões 99% dos alunos destas turmas. Nas turmas do 1.º ano 82% dos alunos cantaram a música ensinada, não tendo sido possível realizar a observação da técnica de escovagem como método de avaliação da intervenção tal como planeado, devido às condições da escola e pelo tempo que implicaria esta observação. Quanto aos restantes alunos, 97% responderam corretamente às questões efetuadas durante o jogo pedagógico. Os resultados foram motivadores para mim e especialmente para quem trabalha com estas crianças em Saúde Escolar.

Penso que o enfermeiro que trabalha neste contexto beneficia em ser EESIP, quero com isto dizer que no campo de atuação da sua competência *“assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* é benéfico para esta comunidade que o enfermeiro comunique *“com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento”* e também proporcione *“conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Penso que alcancei estes marcos pois no final das sessões

as crianças me abraçavam agradecendo a sessão e os kits, convidando a regressar e também por estabelecer uma ponte com a família ao enviar um *flyer* da Direção Geral de Saúde (DGS), onde podem ler toda a informação e compreender a técnica de escovagem.

A experiência foi muito gratificante, dado que a minha realidade é trabalhar com crianças doentes, e neste contexto isso não se verifica. Consegui, além de atingir os objetivos que me propus no planeamento das sessões, desmistificar o papel do enfermeiro, algumas crianças estavam assustadas, referindo que ‘o enfermeiro dá picas’, ‘trata dos doentes’, ‘ajuda o médico’, etc. e foi possível nestes contactos mostrar que os enfermeiros fazem mais do que isso, caso contrário o que fariam eles na escola?

As consultas do PNSIJ são um momento privilegiado de contacto com as famílias, pois ocorrem em *idades-chave*, que correspondem a eventos importantes da vida do bebé/criança/adolescente (como desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, escolaridade), harmonizando com o esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV), visando reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde (DGS, 2013). Dos objetivos destas consultas destaco: avaliar o crescimento e desenvolvimento; estimular a opção por comportamentos promotores de saúde; detetar precocemente e encaminhar; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns; sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência; identificar, apoiar e orientar as crianças e família vítimas de maus tratos e de violência; apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais; etc. (DGS, 2013). Os cuidados antecipatórios são de extrema importância visto que permitem a promoção da saúde e prevenção da doença, isto é, concedem aos pais/cuidadores os saberes necessários ao melhor desempenho do seu papel no que concerne a parentalidade e a promoção do desenvolvimento infantil harmonioso e seguro (DGS, 2013).

Assim se compreende que a área de atuação do EESIP é muito vasta, desde a “*avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem*”, nestas consultas, contribuindo com cuidados antecipatórios com o intuito de maximizar o potencial de desenvolvimento infantil e da família, permitindo também a deteção precoce e a sinalização de situações de risco. Sendo ainda fulcral a detenção de conhecimentos e habilidades para antever e dar resposta em situações de emergência, especialmente em circunstâncias que exigem das crianças e das famílias adaptação às novas realidades e, portanto, profundas alterações temporárias ou permanentes na dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na USF onde estagiei assisti a várias CSIJ, percebendo uma perfeita coordenação com a equipa médica. Uma consulta que me interessou particularmente foi a uma adolescente de 14 anos que vinha acompanhada pelo irmão de 10 anos e pela mãe, foi realizada a consulta ao irmão e posteriormente a esta adolescente. Procedeu-se à avaliação antropométrica e seguidamente, pediu-se que a mãe e o irmão se ausentassem para que a adolescente permanecesse acompanhada pelos profissionais de saúde. A EESIP começa por abordar a importância da alimentação saudável, do exercício físico, do sono e do repouso, realiza o teste de acuidade visual e por fim comenta as alterações pubertárias, a importância de partilhar com alguém as suas dúvidas (preferencialmente a mãe e os profissionais de saúde mostrando-se disponível, mesmo sabendo que os pares são o primeiro recurso) falando também da sexualidade, do respeito pelos seus próprios valores e pelo seu corpo, uso de contraceptivos e também de abuso de substâncias, tal como o PNSIJ preconiza. Consegui nesta consulta em particular perceber de que forma podemos tornar vantajosas as vindas aos serviços de saúde, contribuindo assim para a literacia em saúde. Penso que foram momentos muito benéficos para o meu desenvolvimento profissional, pois tive oportunidade de vacinar, assistir e realizar CSIJ, registar os parâmetros monitorizados nos boletins de saúde infantil e também no programa de registos utilizado na USF.

A identificação inequívoca das responsabilidades de cada profissional e dos seus limites de atuação é de extrema importância, pois permite uma perfeita coordenação da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de excelência à criança e família.

O EESIP em contexto de neonatologia tem um papel fulcral, a sua visão do binómio criança/família assume destaque neste contexto. Neste caso, contrariamente aos outros contextos de ação, o enfermeiro (na maior parte dos casos) conhece melhor a criança do que os próprios pais, isto é, o enfermeiro acompanha este RN desde a sua entrada no serviço, normalmente desde o nascimento, e esta família ainda não teve a oportunidade de levar para casa esta criança e criar laços, rotinas, e até conhecer as suas preferências. Este aspeto provocou em mim um sentimento que julgo ser o da maior parte dos pais que passa por este serviço, um enorme respeito e uma gratidão imensa pelo trabalho magnífico que é desenvolvido por estes profissionais. Em todos os momentos de estágio assumi a postura de enfermeira e essencialmente de aluna, mantendo um olhar crítico-reflexivo em todos os contextos com que me deparei, sem que nunca me afastasse dos objetivos que delinee.

Neste estágio penso que para conseguir integrar as dinâmicas do serviço assim como conhecer melhor o seu funcionamento, acabou por ser útil iniciar o estágio em contexto de cuidados intermédios, foi uma situação ocasional devido à estratégia adotada pelo serviço na atribuição dos mesmos RN a cada 3 turnos, a um determinado enfermeiro, o que vem beneficiar o bebé, na medida em que favorece a continuidade de cuidados e permite uma maior ligação entre este profissional e os pais. A continuidade de cuidados é favorável pois impede a fragmentação dos mesmos, melhora as relações com os clientes, aumentando a satisfação dos utentes e famílias (Mendes, Gemito, Caldeira, Serra & Casas-Novas, 2017). No que se refere ao estágio, esta estratégia foi muito conveniente, visto que com o decorrer do tempo a complexidade dos cuidados aumentou progressivamente, o que foi um desafio constante à minha adaptação àquela realidade.

Na prestação de cuidados neste contexto, foram inúmeras as ocasiões em que me permitiram com uma autonomia considerável cuidar dos RNPT, inicialmente como qualquer profissional à chegada não sabia como abrir a incubadora, nem tinha a noção do espaço que as minhas mãos ocupavam no seu interior até me confrontar com essa realidade. As dificuldades surgiram de uma forma natural, porém nunca impediram o sucesso e a plena satisfação da sede de saber que um aluno leva para um contexto tão rico como uma UCIN. Não pretendo aqui fazer uma exaustiva descrição dos cuidados prestados aos RNPT, prefiro apenas refletir sobre a vulnerabilidade dos RN que se encontram internados nesta ou em qualquer outra UCIN. Ao entrar nesta realidade é absolutamente impossível destituir-nos de sentimentos que nos permitam cuidar com aquele distanciamento que, muitas vezes nos reveste, tornando-nos impermeáveis ao sofrimento dos outros. A noção de finitude, de fragilidade e de extrema necessidade de dignidade humana são constantes neste serviço e estão muito para lá dos RNPT, das famílias, dos profissionais de saúde e das paredes que o delimitam. Aqueles que têm possibilidade de o conhecer dificilmente ficarão indiferentes às histórias, às experiências e vivências diárias desta realidade. De realçar, a possibilidade de elevar do seu ninho um RNPT cujo peso se aproximava de um quilograma. É uma sensação que jamais esquecerei pois deixou-me suscetível a pensamentos relativos à vulnerabilidade do ser humano. Enquanto cuidadores que se deparam frequentemente com o sofrimento do outro, vemo-nos muitas vezes confrontados com a própria vulnerabilidade (Vieira, 2008). Mais do que cuidar com ‘boa intenção’ e conhecimentos científicos é imperativo obedecer aos princípios éticos (Vieira, 2008) com vista à humanização dos cuidados. Aquela criança que toquei seria expectável que ainda se encontrasse *in utero* logo, protegida pela sua mãe,

porém pelas suas circunstâncias encontra-se frágil, na sua incubadora, carecendo de cuidados altamente diferenciados, o que não lhe retira a sua dignidade. É uma pessoa que poderia ser qualquer um de nós, ou nosso filho, e necessita de cuidados de excelência, é o futuro que temos nas nossas mãos e no qual podemos ver a nossa mais singela existência.

Numa UCIN, os ensinamentos realizados são fundamentais, vêm complementar os cursos de preparação para a parentalidade previamente realizados pelos pais. Nesta unidade é efetuado um registo em cada processo clínico daqueles que são realizados assim como a avaliação da competência a adquirir, e ocorrem no âmbito do aleitamento materno, da alimentação com leite adaptado, do sono e repouso, da prevenção de acidentes, da vigilância em saúde e dos cuidados de higiene. Assisti e efetuei ensinamentos num momento informal sobre cuidados de higiene, vigilância em saúde, promovi o aleitamento materno e também prevenção de acidentes. Importa referir que contribui para que se atualizassem os ensinamentos relativos à febre em virtude da mais recente norma da DGS (DGS, 2018a).

Durante o estágio tive a oportunidade de preparar várias unidades (montagem de ventiladores, preparação da incubadora e todos materiais necessários) para receber os RN assim como admiti-los na unidade. O acolhimento do bebé na unidade é um momento de extrema importância visto que implica a sua avaliação física completa, avaliação do seu estado geral, monitorização dos parâmetros vitais, monitorização dos dados antropométricos, dados de adaptação do RN à vida extrauterina, assim como os dados dos pais. Normalmente neste primeiro contacto estão presentes o enfermeiro e o médico responsáveis pela admissão do neonato realizando-se as primeiras colheitas de espécimes. Poucas são as circunstâncias em que os pais acompanham os filhos num primeiro momento seja porque estão a apoiar as mães no bloco de partos, porque se encontram internadas nos serviços de obstetrícia, entre outros. O acolhimento é muito importante neste serviço, apresentam-se as instalações, as regras do serviço, a importância da lavagem das mãos e todos os cuidados a ter no acesso à unidade, especialmente quando se aproximam da unidade dos filhos. O aparato tecnológico é o primeiro choque para uns pais que devem ser devidamente preparados, habitualmente são integrados pela enfermeira responsável pelo seu filho que tenta desmistificar todo o ambiente envolvente, mostrando-se disponível para qualquer dúvida. Sugere-se mesmo que o pai fotografe o RN para que a mãe possa vê-lo logo que possível, já que esta frequentemente apresenta limitações para uma visita imediata.

O modelo de parceria de cuidados é uma constante quando se trata de prestar cuidados a crianças, surgindo como um alicerce da prática em que se reconhece as competências, necessidades e desejos da criança/família. Assim, pude verificar a sua utilidade em todos os contextos de estágio. Inicialmente, em neonatologia, os cuidados são prestados pelos enfermeiros face à fragilidade RNPT e progressivamente os pais vão sendo inseridos nos cuidados de higiene e conforto. Incluir os pais na prestação de cuidados aos recém-nascidos foi um estímulo constante, ou seja, em cada criança tentei sempre por mais complexa que fosse a sua situação encontrar momentos em que fosse oportuno a colaboração dos pais. Assim, negocie com os pais: a massagem durante os cuidados de higiene, a troca da fralda, elevar o bebé para trocar os lençóis, pegar ao colo, aconchegar no ninho, em que todos se mostraram disponíveis e interessados embora com os receios perfeitamente adequados às circunstâncias em que estes RN se encontravam.

Anne Casey com o seu modelo de Parceria de Cuidados refere que mesmo em cuidados intensivos é possível envolver os pais criando assim uma aliança que permita cuidar dando valor à sua contribuição (Casey & Mobbs, 1988). Os pais à luz desta teoria são os melhores parceiros no cuidar, e o papel do enfermeiro é essencialmente dotá-los de competências para que assim seja. Na Neonatologia, como já referi os pais são gradualmente incluídos nos cuidados ao RN, numa fase inicial e atendendo ao estado clínico do bebé e disponibilidade demonstrada pelos pais apenas tocam e acariciam a criança, aprendem a abrir a incubadora e aceder ao seu filho, mais tarde partilhando esta tarefa com o enfermeiro trocam a fralda (com os cuidados necessários e previamente ensinados), em função dos horários dos pais, tenta-se agendar o banho para que sejam feitos ensinamentos e que ocorra em parceria, pegar ao colo, amamentar, etc. O ambiente vivido numa UCIN, pode ser como já referi hostil para permanência dos pais, os barulhos e toda a envolvimento da unidade tornam-se cansativos, no entanto, só na sua presença esta aliança faz sentido e é muito evidente na tranquilidade dos RN a sua importância. Os horários e rotinas de funcionamento da UCIN, a falta de conhecimentos e competências parentais para participar nos cuidados podem condicionar esta parceria, porém esta é por excelência uma posição que o EESIP deve transformar, desta forma o seu papel é tornar acessível a UCIN, desmistificar o seu ambiente, facilitar a integração da família, ensinar e dotar os pais de competências que lhes permitam ser parceiros valiosos nos cuidados a um ser tão frágil como o RNPT (Amaral, 2009). Assim, com o decorrer da hospitalização é expectável que haja um assumir dos cuidados de forma crescente pelos pais, em que o papel da Enfermagem é essencialmente identificar as

necessidades dos mesmos, promovendo a transição para a parentalidade (Silva & Carneiro, 2014). Reconhecendo os pais como os maiores “especialistas” no cuidado dos seus filhos, constatei também esta parceria de cuidados de forma muito evidente na construção dos PSI das crianças com NSE, por exemplo, em contexto de CSP, assim como durante a CSIJ, quando se mostram disponíveis para amamentar durante a vacinação; em contexto de SU manifesta-se essencialmente em casos de crianças com doença crónica em que a valorização pelos pais de um aspeto que o profissional descarta muitas vezes é relevante para o bem-estar e correto diagnóstico da situação. Esta relação estabelecida entre o EESIP, a criança e a família/cuidadores é imbuída de uma parceria em que a negociação, a capacitação e valorização dos conhecimentos prévios são os elementos-chave do sucesso. Reconhecer claramente as funções de cada elemento desta tríade gera confiança melhorando a experiência de todos os envolvidos, bem como assegura que os pais podem abster-se de participar nos cuidados se assim for o seu desejo e/ou da criança (Sousa, Antunes, Carvalho & Casey, 2013).

Competências desenvolvidas:

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

Objetivos:

- Compreender o destaque do papel do EESIP na Saúde Escolar e da sua tomada de decisão baseada em evidências científicas;
- Conhecer e aplicar estratégias que promovam o conforto e, ao mesmo tempo, a vinculação entre RN e os pais (Método Canguru...).

Atividades:

- Participei nas reuniões com Associações de Pais e Equipa de PES;
- Acompanhei as visitas aos agrupamentos de escolas para verificação das caixas de primeiros socorros e preparação das atividades no âmbito da PES;

- Incentivei o uso do Método Canguru (MC).

Reflexão Crítica:

A responsabilidade do EESIP não se extingue na direta prestação de cuidados ao binómio criança/família, o que permite realçar a sua tomada de decisões baseada em evidências científicas tornando mais robusto o seu corpo de conhecimentos. Uma situação que me levou a refletir foi a distribuição da solução de fluoreto de sódio 0,2%, que ocorre no início do ano letivo, e a sensibilização da sua importância junto da comunidade educativa. Em vários momentos percebi alguma resistência à sua prática, seja porque alguns professores não concordam com a sua utilização ou simplesmente porque desconhecem as vantagens da sua aplicação. Em várias circunstâncias tive a oportunidade de acompanhar o EESIP junto da Associação de Pais e dos professores do agrupamento de escolas no sentido de os sensibilizar para esta prática (recorrendo ao folheto da DGS) e essencialmente de dar a conhecer que se trata de uma prática incluída no PNPSO (DGS, 2011b) desenvolvido pela Direção Geral de Saúde. Por este motivo é uma prática que não deve ser abandonada, até que haja indicações expressas nesse sentido e por isso deve ser defendida e empreendida pela equipa definida para o efeito.

O papel do EESIP nas escolas é de extrema importância em vários momentos percebi o seu destaque, especialmente aquando das várias visitas às escolas em que se verifica ausência de coerência nos princípios orientadores das suas práticas (selo ‘Escola Saudável’) e dos produtos expostos no bar para consumo, isto é, sumos, leite com chocolate e pão de forma, etc. em detrimento de produtos aceites como os sumos de fruta (preferência pelos naturais), o pão escuro e a fruta especialmente da época tal como consta do manual de Orientações para os Bufetes Escolares (DGE, 2012). Neste guia percebe-se uma elevada preocupação na promoção de consumo de géneros alimentares com baixo teor de açúcar, com reduzido teor de gorduras (especialmente saturadas), elevado teor de fibras e antioxidantes e com reduzido teor de sódio (DGE, 2012). Uma escola saudável envolve a saúde e o bem-estar consistentemente no seu projeto educativo, o que no Agrupamento de Escolas que visitei e onde tive oportunidade de colaborar é uma preocupação e um trabalho árduo da equipa PES e de toda a comunidade educativa.

A promoção da vinculação deve ser uma prioridade do EESIP em contexto de UCIN, além de toda a assistência no acolhimento, do apoio emocional e da compreensão, o envolvimento dos pais nos cuidados ao RNPT é elementar. O MC ou contacto pele-a-pele é um método privilegiado de interação com o RNPT, pois promove o processo de vinculação. Esta técnica remonta à década de 70, do século passado e surge na Colômbia, inspirada tal como indica na bolsa do canguru que transporta a sua cria até que esta adquira o nível de desenvolvimento necessário para sobreviver (P. F. Santos, Silva, & Oliveira, 2017). O bebé é colocado despido, apenas com a fralda e gorro, na posição vertical, sobre o peito da mãe/pai durante um período que seja agradável para ambos.

Numa tarde de estágio incentivei uma mãe a realizar o MC, cujos benefícios estão amplamente divulgados como o aumento de peso, diminuição da dor e assim como um promotor da vinculação. Apesar dos medos que manifestava, ansiava há muito por este contacto com o seu bebé, neste sentido, tive oportunidade de ajudar a colocar o RNPT no peito da mãe, e ver a emoção espelhada nos olhos daquela mãe que vivia um momento tão intenso. A EESIP ensinou-me que empiricamente percebem mais satisfação/tranquilidade nos RNPT cujos cuidadores pegam neles e os colocam (sem o toque do enfermeiro) no seu peito ao invés daqueles que o enfermeiro retira da incubadora e posteriormente coloca no peito dos progenitores. Assim se pode apurar uma preferência pelo toque familiar e único contrariamente à manipulação excessiva e continuada de vários profissionais. Estudos relatam como maiores benefícios deste método o ganho do peso diário, a diminuição do tempo de internamento, a diminuição do tempo de separação mãe-filho, melhor controlo térmico, cuidado humanizado, benefícios na amamentação e o maior de todos o vínculo afetivo (Santos, Silva, & Oliveira, 2017). Nesta UCIN não percecionei qualquer dificuldade ou resistência na implementação deste método, visto que estão criadas todas as condições para isso, assim, cada unidade dispõe de um kit para o MC (constituído por uma faixa, que a mãe/pai pode vestir, nos vestiários e uma manta), um cadeirão reclinável e almofada de apoio para que os pais desfrutem em plenitude de um momento tão agradável, recomendando sempre que este ocorra durante um período mínimo de 90 minutos. A satisfação manifestada pelas famílias no final desta intervenção é enorme, contribuindo em larga escala para a qualidade de vida dos pais e do RNPT. Os benefícios estão associados ao MC precoce, contínuo e prolongado e poucos estudos revelam efeitos nocivos, logo é de crucial a sua implementação nas rotinas das UCIN, pois é um método seguro, benéfico e aceitável com ganhos manifestos (Fragata, 2012).

Competências desenvolvidas:

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.

Objetivos:

- Adotar um discurso coerente e cuidado para dar resposta a questões relacionadas com a criança e a família;
- Desenvolver estratégias que permitam reagir adequadamente em circunstâncias imprevistas;
- Identificar intervenções de enfermagem que promovam o alívio da dor, nomeadamente medidas não farmacológicas, promoção da vinculação e conforto do RN.

Atividades:

- Procurei adotar estratégias que permitissem operacionalizar o PNPSO;
- Adaptei às circunstâncias possíveis as sessões planeadas;
- Refleti sobre as condições de segurança em ambiente escolar;
- Aprofundei conhecimentos sobre a dor na criança, especialmente em RN.

Reflexão crítica:

O PNPSO visa a promoção da saúde oral como um estilo de vida, inculcando a velha máxima de uma boca sã em corpo sã. A vulnerabilidade dentária é maior após a erupção, por isso é nestas faixas etárias (idade pré-escolar e escolar) que devemos trabalhar mais afincadamente (DGS, 2009). Durante o estágio percebi que por vezes aquilo que aparenta ser uma situação simples como a escovagem dos dentes ou o bochecho fluoretado podem ser situações complexas e que exigem criatividade e muita capacidade de adaptação por parte da equipa de saúde escolar. As questões logísticas também podem constituir um constrangimento. O planeamento das sessões de promoção de saúde oral que realizei previa

sessões com a duração de aproximadamente 45 minutos o que se verificou não ser possível, dado o elevado número de turmas e a necessidade de completar a intervenção neste âmbito no primeiro ciclo para que se iniciasse a escovagem em meio escolar. Por outro lado, a equipa educativa carecia de meios para operacionalizar estes procedimentos, como o número insuficiente de assistentes operacionais, a ausência de meios audiovisuais (em alguns casos) para cumprir a atividade da forma que foi planeada o que obrigou em algumas circunstâncias à adoção de outras estratégias visando sempre os objetivos que pretendia atingir. Uma dificuldade com que o EESIP se depara neste contexto é necessidade de um transporte para se deslocar às suas escolas, é necessário requisitar com a devida antecedência os meios necessários para que estes se encontrem disponíveis, o que me fez perceber os obstáculos que surgem diariamente no seu trabalho. Senti que é muito complicado planear com antecedência algumas intervenções, visto que não dependem exclusivamente da disponibilidade do EESIP, é frequentemente necessário agendar com a comunidade educativa o que se torna bem mais complexo.

Durante uma manhã de visita às escolas, em que se procedia à verificação das malas de primeiros socorros, chegamos no preciso momento em que uma assistente operacional havia sofrido uma queda. Imediatamente nos dirigimos à vítima do acidente para perceber qual o seu estado, compreender em que circunstâncias tinha ocorrido, e rapidamente se percebeu que já tinham sido acionados os meios de socorro. Além de conversar com a vítima e tentar proporcionar-lhe o conforto possível em função da situação pouco mais o EESIP, neste caso o Enfermeiro de Saúde Escolar, pode fazer porque não dispõe de meios para tal. O PNSE prevê que haja um ambiente escolar seguro, capaz de proteger os alunos e a comunidade escolar de perigos, referindo também que a segurança das instalações dos equipamentos escolares compete à escola (órgãos de gestão) assim como à autarquia (DGS, 2015). Semanas mais tarde, de regresso à mesma escola percebeu-se que a zona ainda não se encontrava totalmente protegida, o que é preocupante visto que qualquer criança poderia aceder ao local colocando-se em risco e, mesmo com o acompanhamento das assistentes operacionais durante o intervalo basta um segundo para que outro acidente possa ocorrer. Nestas circunstâncias o EESIP é um promotor de um ambiente escolar seguro e saudável, devendo alertar para os riscos ambientais existentes, propondo medidas de melhoria do ambiente, do espaço e neste caso concreto da estrutura escolar como forma de minimizar os riscos ambientais com impacto negativo na saúde. Efetivamente foi o que ocorreu nesta situação, o EESIP sugeriu alterações da estrutura existente, junto da direção da escola e do

agrupamento de escolas, para garantir a segurança dos alunos e de todo o pessoal docente e não docente. De relevar a parceria da Saúde Escolar com a Saúde Pública e outras entidades gestoras dos estabelecimentos de ensino para encetar uma avaliação dos riscos e a redução dos perigos em meio escolar com potencial impacto na saúde (DGS, 2015).

Em Neonatologia, a prematuridade representa a maior causa de morbilidade e mortalidade infantil, como forma de minimizá-la os RNPT são habitualmente submetidos a procedimentos dolorosos desde o início da sua vida. A dor como quinto sinal vital é essencial na monitorização de qualquer indivíduo, sendo, portanto, uma responsabilidade do enfermeiro. A dor é um fenómeno pessoal e subjetivo, portanto, é importante que seja frequentemente monitorizada. A sua avaliação sistemática é realizada com recurso a diferentes escalas de dor que se encontram devidamente validadas para as respetivas populações. Nos RN a tarefa encontra-se dificultada pela sua incapacidade de comunicá-la verbalmente, tornando-se por isso necessário uma rigorosa observação pelos profissionais de maneira a detetar e avaliar a dor que este vivencia. Sabe-se que o RN reconhece e identifica a dor e que guardará memória desta sensação, o que poderá ter consequências imediatas ou a longo prazo (DGS, 2012).

Deste modo, a DGS (2012) orienta os profissionais para as estratégias que melhor contribuem para minimizar a dor e o stress do RN, tais como: uma melhor gestão de estímulos ambientais, controlo do ruído ambiente e da luz, permitir intervalos de repouso, colocar o RN numa posição confortável, estimular o paladar, sucção, olfato e o contacto materno. Na UCIN a escala de dor utilizada é a *Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), uma escala desenvolvida para avaliar a dor dos RN e que se encontra validada para a população portuguesa (Batalha, 2010) que se baseia numa avaliação comportamental do RN através da observação do seu rosto, corpo, sono, interação e reconforto. Estudos demonstram que, em média, os RN sofrem doze procedimentos dolorosos em 24 horas, o que espelha a dimensão do sofrimento destas crianças (Batalha, 2010).

Em alguns momentos percebi claramente a dor do RN, através do franzir do sobrolho, o rosto contraído, os punhos cerrados, o choro e inconsolabilidade. Em momento algum a dor foi desvalorizada. Como estratégias não farmacológicas de controlo da dor tive oportunidade de implementar a sucção não nutritiva, a administração de sacarose a 24%, a contenção física, ambiente tranquilo, o aconchego, a massagem e o toque. Numa atitude discreta em alguns momentos sugeri no decurso de intervenções dolorosas (como a colocação de um cateter epicutâneo-cava) a utilização destas estratégias, que foram

recebidas com agrado e assim pude concretizar e verificar a sua eficácia. O EESIP é o profissional a quem compete a responsabilidade de identificar mais facilmente a dor em crianças e jovens, mesmo que estes não sejam capazes de a comunicar, sendo a sua missão promover o seu conforto.

Em SU, durante os episódios de triagem percebi que na maior parte dos casos se utilizam as escalas numérica e de faces Wong-Baker como instrumento de monitorização da dor, no entanto, as estratégias não farmacológicas de controlo da dor não são ainda muito privilegiadas, neste contexto. Penso que seria possível, por vezes, realizar alguns dos procedimentos dolorosos no colo dos pais, assim como administrar sacarose a 24% e constatei que isto não é uma prática vigente. Porém, durante o período de estágio adotei uma postura congruente com os princípios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2013) e assim cuidei maximizando o bem-estar da criança e da família, na permanente busca da excelência no exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Competências desenvolvidas:

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.

Objetivos:

- Realizar triagem de crianças e jovens que recorrem ao SU;
- Discutir os principais motivos que levam as crianças a recorrer ao SU;
- Compreender e aprender a utilizar o método de triagem do serviço;
- Gerir emoções em contexto de emergência e prestar os cuidados adequados e necessários;
- Prestar cuidados a crianças e jovens em situação de emergência.

Atividades:

- Assisti/realizei 200 episódios de triagem utilizando o método de triagem canadiana;
- Prestei cuidados de enfermagem em situações de ingestão voluntária medicamentosa;
- Assisti e refleti sobre violência contra profissionais em SU.

Reflexão crítica:

Em contexto de SU percebi que na triagem ocorre o primeiro contacto com o meio hospitalar, e aqui o EESIP tem uma função crucial de acolher as crianças e os pais, fomentando um sentimento de confiança e disponibilidade para dar resposta às necessidades manifestadas, uma experiência positiva nesta fase influencia a relação terapêutica assim como a prestação de cuidados. Também é importante informar os pais acerca do funcionamento do SU, da dinâmica do serviço, que o atendimento ocorre de acordo com a gravidade e especialidades independentemente da cor atribuída pela pulseira (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

O método de triagem é essencial em qualquer serviço de urgência pois permite priorizar adequando os meios existentes às necessidades dos utentes. Embora o período de estágio tenha sido extremamente curto, consegui compreender o funcionamento e as responsabilidades inerentes ao enfermeiro que desempenha o papel de triador. Este papel é tão importante ao ponto de se definirem características para o perfeito desempenho desta função das quais destaco a assertividade, competências comunicacionais, flexibilidade, autonomia, pensamento crítico, paciência, capacidade de trabalhar sob pressão, capacidade de organização, saber escutar, usar a intuição, compaixão entre outras (Canadian Association of Emergency, 2013).

Os turnos em que tive oportunidade de estar na triagem foram sempre a acompanhar um EESIP, o que na minha opinião é de uma importância extrema dado que estes são os profissionais mais capazes de identificar as necessidades das crianças no momento de admissão ao SU. Assisti e triei mais de duas centenas de crianças e jovens no SU. Em discussão com os vários EESIP com quem tive oportunidade de trabalhar percebi que o enfermeiro deve pautar-se sempre pelos sinais e sintomas que atribuam a prioridade mais elevada à criança. No uso do programa de triagem ao seleccionar os itens correspondentes ao

estado de saúde da criança, este atribui automaticamente a cor que lhe corresponde em termos de grau de gravidade, e ainda assim, o EESIP pode alterar a mesma se assim se justificar. Os focos de atenção mais frequentemente verificados são a febre, vômitos, diarreias, dificuldade respiratória, dor ou inflamação de uma extremidade, traumatismos, entre outros.

Este tempo permitiu-me perceber e refletir sobre a importância do EESIP em CSP na medida em que pode em muitos casos, fazer a diferença, ensinando os pais, nomeadamente em cursos de preparação para a parentalidade no domínio dos problemas comuns na infância, dotando-os de competências que lhes permitam cuidar dos filhos em casa sem necessidade imediata de recurso a cuidados de saúde diferenciados como os SU. Ao conseguir educar acerca dos sinais de alarme da febre, por exemplo, estamos a conseguir seguramente que uma boa percentagem das idas ao SU sejam evitadas, permitindo assim uma mais eficiente gestão dos recursos disponíveis. Alguns autores referem que se tem verificado nos últimos anos um aumento da procura dos serviços de urgência pediátricos por ‘falsas urgências’ o que implica imediatamente encargos aumentados e escassos recursos humanos, a resolver patologias vulgares, impedindo a assistência em casos realmente graves. Desta forma, propõe-se um maior investimento nos CSP, aumentando a proximidade com vista a diminuir uma procura de cuidados diferenciados injustificada (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado, & Rodrigues, 2006). Por outro lado, o facto de poderem aceder a cuidados especializados, medicação e exames auxiliares de diagnóstico a qualquer hora em qualquer dia da semana faz do SU um recurso preferencial aos CSP, a consciencialização da população impede um uso inadequado deste serviço o que vai evitar uma sobrelotação do mesmo (Nascimento, 2017). A predileção pelo SU é muito evidente nas famílias pelos recursos disponibilizados neste meio, contudo cabe aos profissionais de CSP nomeadamente nas consultas e nas sessões de PES sensibilizar para um uso racional deste serviço. Assisti a várias situações em que as crianças, nomeadamente em idade pré-escolar, chegam a este serviço de madrugada após o primeiro pico febril, sem que lhes tivesse sido administrado qualquer antipirético no domicílio. Em casos como este reside a importância de dotar estas famílias de competências e conhecimentos para cuidar destas crianças.

Os cuidados prestados neste contexto de estágio, em algumas áreas assemelham-se à minha prática diária, contudo há outras áreas que realmente implicam cuidados muito específicos nomeadamente na zona de triagem e sala de emergência. Assim, tentei incidir a minha prática nestas áreas em virtude da sua especificidade com vista a enriquecer estes

momentos de aprendizagem. Assisti e prestei cuidados numa situação de emergência assim como realizei vários episódios de triagem, como referi anteriormente. Para lá do que foi mencionado e que me mostra uma realidade que não me surpreende, assisti inesperadamente a várias entradas de adolescentes após intoxicações voluntárias medicamentosas. Esta realidade foi efetivamente assustadora, se no internamento surgem sensivelmente dois ou três casos num ano, em contexto de serviço de urgência em cerca de três semanas de estágio fui confrontada com cinco casos distintos. Cinco adolescentes assistidos por ingestão voluntária medicamentosa, pude colaborar nos cuidados a estes jovens, assisti ao contacto por parte da equipa médica com o Centro de Informação Antivenenos para definir a estratégia terapêutica mais adequada a cada situação. Contrariamente ao que senti a equipa de enfermagem não manifestava qualquer surpresa, o que me fez acreditar ser mais frequente do que imaginaria, e por isso vi aqui um momento de reflexão relevante.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento marcada por profundas alterações físicas, psicológicas, cognitivas, sociais e emocionais geradoras de grande angústia, em alguns casos. Se para alguns esta transição da infância para a vida adulta é pacífica, há situações em que isto não será tão elementar assim. Os comportamentos autolesivos são um sinal patológico, não podendo ser dissociados do suicídio, habitualmente caracterizam-se por sobredosagens, cortes na superfície corporal, mordidas, arranhões, saltar de alturas elevadas, queimaduras, ingestão de substâncias ou objetos não ingeríveis, etc (I. do N. D. H. e Silva, 2017). Acabo por constatar que apenas os casos que implicam risco de vida (aparentemente) eminente são encaminhados para o SU, ou seja, casos em que apresentam comportamentos autolesivos como arranhões, cortes, queimaduras não serão em primeira estância levados a estes serviços mas sim as situações de sobredosagem medicamentosa, o que me leva a pensar na importância de estar próximo destes jovens para conseguir sinalizar precocemente estas situações e conceder-lhes o devido e adequado acompanhamento. O EESIP pode ter aqui um papel preponderante quando trabalha, por exemplo, em meio escolar visto que junto da comunidade educativa poderá colher dados que lhe permitam diagnosticar e intervir precocemente, no sentido de minimizar os danos. Segundo Hawton, Saunders e O'Connor (2012 citado por Silva, 2017) os fatores de risco para os comportamentos autolesivos e suicídio são baixo nível socioeconómico e educacional, orientação sexual homossexual, bissexual ou transgénero, acontecimentos de vida negativos e adversidades da vida familiar, história familiar de comportamentos suicidas, discussões conjugais, morte de um dos progenitores, depressão, ansiedade, *bullying*, perfeccionismo, etc.

A tristeza, desilusão, desespero são alguns dos sentimentos referidos pelos jovens que apresentam comportamentos autolesivos, sendo estes mais frequentes em jovens do género feminino que frequentam o 8.º ano de escolaridade (Health Behaviour in School-Aged Children, 2014). Posteriormente consultando os dados clínicos percebo que em pelo menos um dos casos anteriormente referidos é um comportamento recorrente o que me induz a pensar que há falhas no acompanhamento deste jovem, e possivelmente deixará de ser um comportamento autolesivo a ser um ato mais violento consumado. Este jovem, que chega acompanhado pela equipa de socorro, encontrava-se demasiado sonolento pelo que foi impossível estabelecer qualquer conversa que me permitisse uma aproximação ou tentativa de apoio, e assim se manteve sempre sozinho durante os turnos em que estive presente. Mais tarde chega também um adolescente que é trazido ao SU acompanhado pelas autoridades após ter entregue uma carta de despedida aos familiares e simplesmente ter desaparecido durante horas. Os problemas do foro psiquiátrico estão cada vez mais presentes no quotidiano dos EESIP o que me obriga a investir cada vez mais nesta área, já que sinto muitas lacunas e por isso apesar das dificuldades de aproximação efetiva dos casos reais (pelo isolamento destes jovens) é urgente tomar medidas.

Em contexto de SU, também houve oportunidade de assistir a uma situação de emergência, a chegada de uma criança de 10 anos vítima de um acidente de viação, que entra em plano duro, com colar cervical, consciente com períodos de desorientação e com vários ferimentos dispersos pelo corpo. Neste contexto compreendi qual a abordagem prioritária neste caso, quais as decisões de cuidados a prestar a esta criança. Senti que fui capaz de gerir emoções, percebi que nestas circunstâncias toda a equipa se articula de uma forma bastante eficiente, conseguem comunicar eficazmente com vista a que toda a situação se resolva. Durante a emergência acompanhei o EESIP e equipa médica na saída com a criança para a realização de exames auxiliares de diagnóstico, compreendi que a prioridade é realmente estabilizar a criança e prestar tão rápido quanto possível os cuidados necessários e adequados ao seu estado de saúde. Se os sentimentos e emoções vivenciados pelos profissionais são muitas vezes difíceis de gerir em qualquer contexto da prática, em situações de emergência muito mais, assim é de extrema importância o desenvolvimento de autoconsciência e de empatia, pelos profissionais de saúde. Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2015), os enfermeiros menos experientes apresentam mais dificuldade nesta gestão de emoções pois implica um caminho de introspeção, que os enfermeiros mais experientes já realizaram e lhes permite um envolvimento que valoriza as emoções da criança e da família.

Assim, o profissional necessita compreender as suas próprias emoções numa primeira fase, garantindo que não excedem um determinado limite, pois só desta forma será capaz de atenuar as emoções daqueles (crianças e pais) que cuida (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida., 2015).

Pela elevada carga de stress que as situações no SU envolvem, os profissionais de saúde que aqui desenvolvem funções são mais propícios a ser alvo de acontecimentos violentos. Estes episódios raramente são notificados e podem na grande maioria gerar perturbações emocionais e desinteresse pela profissão (H. G. Martins, 2018). No SU pediátrico onde estagiei assisti a uma situação de violência verbal dirigida a uma EESIP, e tal como Martins (2018) descreve no seu estudo as profissionais do género feminino são mais propensas a este tipo de eventos em que o principal agressor é do género masculino, como verifiquei neste caso, e em que também não houve notificação do mesmo. Noutro momento um EESIP sofre uma tentativa de agressão física por uma adolescente que recusa cuidados, mostrando-se muito violenta, confusa e agitada, o que implica uma robustez psicológica, capacidade de rapidamente agir e tomar decisões que permitam proteger ambos (a criança e o profissional) para que seja possível administrar medicação e gerir toda a situação. Embora se trate de uma situação ligeiramente diferente, o que se pode ver aqui é um padrão, seja pela patologia (neste caso), seja pelos tempos de espera, seja qual for o motivo que desencadeia, o certo é que inúmeros são os casos de violência não reportada. Todas estas situações me levam a refletir quais as estratégias adotadas para conter estes incidentes, o que motiva verdadeiramente estes episódios e que sequelas a longo prazo apresentam os profissionais de saúde expostos continuamente a episódios de violência. Estas são algumas das inquietações que me surgiram neste âmbito e percebi que de algum modo, a limitação do acesso a zonas do SU a uso de cartão do profissional, o condicionamento dos acompanhantes, a presença de elementos de segurança acabam por ser medidas de contenção destes eventos.

Face a toda a experiência descrita até ao momento é inquestionável a importância do EESIP num SU pediátrico. A sua visão sobre o desenvolvimento da criança, os sinais de alarme, a parceria de cuidados e a importância que este profissional atribui ao binómio criança/família são uma mais-valia para um harmonioso e célere funcionamento de um serviço como este. As suas competências científicas, relacionais e comunicacionais são

essenciais para prestar os melhores cuidados de saúde às crianças/adolescentes e suas famílias.

Competências desenvolvidas:

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;

Fazer uma avaliação crítica e reflexiva dos resultados obtidos.

Objetivos:

- Refletir criticamente sobre as práticas instituídas, promovendo a amamentação e a parentalidade;
- Observar o comportamento dos pais identificando quais os seus receios e dúvidas.

Atividades:

- Colaborei na dinamização da ‘Biblioteca Humana’ na Semana do Aleitamento Materno;
- Assisti e realizei sessões de Educação para a Saúde no âmbito da parentalidade, especialmente Massagem Infantil e Segurança Infantil;
- Identifiquei os maiores receios dos pais em contexto de Neonatologia.

Reflexão crítica:

Nos mais diversos momentos, no decurso do período de estágio, foi possível demonstrar consciência crítica para os problemas com que o EESIP se depara diariamente. A parentalidade é uma área de intervenção do EESIP de relevância decisiva que tem sido cada vez mais uma aposta determinante na saúde da criança e das famílias. Tem sido amplamente estudada atendendo a que sua promoção se apresenta como um alicerce estruturante na edificação das gerações futuras. O enfermeiro deve apoiar na transição para a parentalidade (Meleis, 2010). visto que é como um desafio que se impõe com a chegada de um novo elemento, a gestão das expectativas, a alteração dos papéis familiares e sociais

tratando-se de um percurso irreversível que deve ser vivido em plenitude. A transição é um conceito central para a Enfermagem em que o enfermeiro surge como um facilitador da mesma (Meleis, 2010). No sentido de fornecer os conhecimentos mais atuais em matéria de saúde discuti com o EESIP, que me orientou na UCC, as mais recentes orientações da DGS relativamente à febre de curta duração, dando-lhe a conhecer estas novas diretrizes. A discussão desta norma (DGS, 2018a) possibilitou a sua integração no seu vasto leque de conteúdos a debater com a equipa de trabalho, com o intuito de revisão das práticas. Ainda neste contexto tive oportunidade de partilhar uma sessão de prevenção de acidentes na infância com o EESIP, em que ensinei às mulheres grávidas presentes (7 senhoras das 12 convocadas) algumas noções muito elementares de Suporte Básico de Vida Pediátrico, com especial enfoque para a desobstrução da via aérea por engasgamento. Como se sabe, ao contrário do adulto, a principal causa de paragem cardiorrespiratória em crianças é a hipoxia, na sequência de uma progressiva deterioração do sistema respiratório e consequentemente circulatório. Este é motivo pelo qual o algoritmo da reanimação pediátrica prioriza a permeabilização da via aérea e a oxigenação (INEM & DFEM, 2017).

No âmbito da área de intervenção da parentalidade, a UCC desenvolve sessões de massagem infantil que são dirigidas pelo EESIP, e nas quais tive oportunidade de participar. Foi importante perceber a parceria criada entre o EESIP e as famílias, há efetivamente um espaço e uma ligação que se cria e permite cuidar destas famílias. O EESIP começa por criar todo um ambiente acolhedor (colchões que possibilitam a realização da massagem em segurança), música relaxante, ambiente aquecido, água para oferecer aos participantes, fornece um cartão para identificação dos bebés presentes e material com as técnicas que serão ensinadas para que os pais possam acompanhar a sequência e repetir em casa.

A massagem infantil promove assim, a proximidade entre os pais e o bebé, o contacto visual, o toque e o tom de voz permitem estimular a vinculação. Não há regras rígidas para que a massagem resulte, ou seja, é essencial conhecer as mensagens que o bebé emite no sentido de se mostrar ou não recetivo para a massagem (Bárcia & Sá, 2010). Na primeira sessão verifiquei que parte das crianças se encontrava pouco recetiva à massagem e por isso, a estratégia encontrada foi ensiná-la no tempo que os bebés permitiram e talvez a maior parte da sessão se tenha voltado para as necessidades expressas pelos pais. Assim, rapidamente se passou a trabalhar o choro do bebé, formas de o consolar, aliviando a ansiedade que aquelas famílias expressavam. Ensinar sobre amamentação, cólicas, sono, exaustão parental e o apoio familiar foram, assim como o esclarecimento de dúvidas, alguns dos temas abordados

nesta sessão mesmo que de um modo informal e por fim realizei os registos relativos em programa informático.

O sentimento no final destas intervenções e em cada contacto é claramente que o EESIP é significativo para estas famílias tendo um papel de educador e de aliado na promoção da Saúde Infantil muito bem definido e de extrema importância.

Na Semana do Aleitamento Materno, comemorada em Portugal, entre 28 de setembro e 5 de outubro de 2018, realizaram-se várias atividades tendo-se iniciado com uma conferência internacional no Porto, cujo mote foi “Aleitamento Materno, uma base para a Vida”. Neste contexto, o plano de atividades da UCC, contemplava algumas ações neste domínio e tive oportunidade de estar presente e participar numa delas. A Biblioteca Humana da Amamentação ocorreu em parceria com a comunidade, assim aliando-se à Ordem dos Enfermeiros e a uma Biblioteca local que cedeu o espaço realizou-se este evento. Compareceram cinco livros humanos dispostos a partilhar as suas experiências no domínio da amamentação. A dinâmica de grupos funcionou em torno das seguintes temáticas: “Da teoria à prática”, “Uma experiência positiva”, “As dificuldades da amamentação”, “Da perspectiva do pai” e “O desmame a longo prazo”. Os livros desvendavam os seus índices e as suas realidades, em pequenos grupos de 5 a 7 participantes de cada vez, que se deslocavam a cada 15 minutos para ouvir outro livro. Estiveram presentes sensivelmente 40 participantes, entre casais, grávidas, puérperas e os seus bebés e no final decorreu um pequeno sorteio em que se ofereceram produtos de apoio à amamentação. A minha participação envolveu a preparação do espaço, dinamização do livro “Da perspectiva do pai”, acolhimento, esclarecimento de dúvidas das famílias e essencialmente uma troca muito gratificante de experiências e perspectivas aos mais diversos níveis. Foi ainda possível construir uma árvore na qual cada participante pôde deixar uma mensagem acerca da sua experiência ou expectativa relativa à amamentação.

Quanto ao papel do pai neste âmbito percebeu-se que é de primordial importância envolvê-lo neste processo. É curioso constatar que até ocorrer o nascimento os pais (homens), mesmo tratando-se de uma gravidez planeada e desejada, não conseguem assumir o papel de pai ao contrário do que acontece com as mulheres (C. Martins, Abreu & Figueiredo, 2017). Isto é, a gravidez não os vincula da mesma forma que às mães (C. Martins, Abreu, & Figueiredo, 2017). É fundamental que o pai tenha momentos a sós com o bebé, em que a responsabilidade do cuidado seja apenas sua, na medida em que lhe permite ‘ser e sentir-se pai’ (C. Martins, Abreu, & Figueiredo, 2017). Assim, é de todo o interesse

que os profissionais de saúde envolvam o pai nas aulas de preparação para a parentalidade, renovando e valorizando o seu papel no seio familiar e demonstrando-lhe que é tão importante quanto o da mãe.

A literatura vai revelando que temos vindo a afastar-nos do tradicional papel de provedor que era delegado ao pai, passando para um novo paradigma do pai cuidador, o que implica por si só a necessidade da sua participação na partilha de informação, na frequência dos cursos, nas decisões que implicam o desenvolvimento da criança, etc (Piazzalunga & Lamounier, 2011). Esta evolução nos papéis é evidente desde o envolvimento do pai na gravidez, no parto e pós-parto até à clara existência de laços afetivos mais marcantes que promovem a continua estruturação da tríade pai-mãe-bebé (Abrantes, 2014). Abrantes (2014), defende ainda várias categorias de apoio paterno para a manutenção da amamentação como o apoio emocional, presencial, instrumental, informativo e de autoapoio, onde descreve de forma sumária quais as práticas de apoio que podem ser implementadas na dinâmica familiar.

O livro humano que apresentou esta temática revelou que se sentiu muitas vezes afastado de todo o processo, nas consultas durante a gravidez e de vigilância da criança, os profissionais de saúde dirigem-se à mãe ignorando o pai. A sua persistência foi maior e acompanhou sempre as aulas de preparação para o parto e de parentalidade, o que refere ter-lhe dado contributos para apoiar a companheira nos momentos mais complicados. Partilhou ainda que o pai pode: pegar no bebé e levar à mãe para ser amamentado (durante a noite, por exemplo), pode ajudar o bebé a eructar, pode trocar a fralda, pode fornecer o equipamento de apoio à amamentação (almofada de amamentação, os discos protetores de mamilos, pomadas, etc), tomar conta do bebé proporcionando momentos de descanso à mãe.

A colaboração do pai é possível se este estiver ciente das atividades que pode desempenhar como: apoiar, elogiar a mulher, realizando massagem na região cervical com os polegares fazendo pequenos movimentos circulares no sentido do pescoço para as omoplatas que vai estimular o reflexo da ocitocina (A. R. Alves, Carreto, Freitas, Costa, & Ramos, 2010).

A sua experiência também permitiu revelar que a sua licença de parentalidade o levou a ter um mês completo em que tomava conta do bebé, o que lhe deu uma perspetiva da situação em que a mãe se encontra durante os primeiros meses de vida do bebé. Assumindo mesmo que é mais complexo do que aquilo que socialmente se acredita que seja. Quanto ao sentimento do pai ao ver o seu filho ser amamentado, confessou que em determinado

momento sentiu que se criaria uma ligação filho-mãe (vinculação) de tal forma robusta à qual teria dificuldade de equiparar a sua ligação com o bebé, uma preocupação que com o envolvimento nos restantes cuidados ao bebé se veio a dissolver. Podemos dizer que a amamentação é um tema que pode despertar sentimentos antagónicos no pai, se por um lado se sente feliz e quer apoiar pelo melhor para o seu filho, por outro lado podem sentir-se excluídos e até frustrados (B. T. Silva, Santiago, & Lamonier, 2012).

Penso que, dado que metade das mulheres desistem de amamentar ao final do primeiro mês de vida da criança, vejo aqui um campo onde carece da intervenção do EESIP nas CSIJ e também nos cursos de preparação para o parto e parentalidade. Na prática o enfermeiro pode envolver mais os companheiros, ensinar sobre o que podem fazer para apoiar a mãe, ensinar a posicionar o bebé à mama, fornecer informação mais realista acerca das dificuldades que naturalmente surgem neste período, promover a discussão e o convívio com outros casais nas mesmas circunstâncias e encorajar a discussão de potenciais conflitos negociando a partilha de responsabilidades. A fronteira entre a maternidade e a paternidade é cada vez mais ténue, verificando-se um maior contributo masculino nos cuidados ao RN o que vem favorecer maior igualdade no desempenho dos papéis familiares (C. Martins, Abreu, & Figueiredo, 2017).

Em Neonatologia o ambiente é um facto de muita relevância para a família. O aparato tecnológico envolvente é uma barreira para os pais e pode ser tido como um receio por si só. O primeiro contacto com o bebé é dificultado pela incubadora, pelos aparelhos e instrumentos que o rodeiam, tornando o seu aspeto ainda mais frágil o que pode aparentemente tornar o contacto inacessível à família (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014). Neste contexto presenciei momentos de acolhimento em que o EESIP desmistifica e facilita o acesso dos pais à UCIN, proporcionando-lhes o apoio tão necessário nesta vivência complexa que é ter um filho nestas condições.

Diaz, Fernandes & Correia (2014) destacam que as maiores dificuldades manifestadas pelos pais em contextos de UCIN são dificuldades financeiras (despesas referentes à hospitalização quanto à deslocação, alimentação, etc), dificuldades na gestão da vida profissional (no caso do pai, o nascimento prematuro, conciliação de horário e rotinas), dificuldades em gerir a vida familiar (tarefas domésticas, assistência a outros filhos), dificuldades de comunicação com a equipa de saúde (pouca disponibilidade dos médicos para conversar, dificuldade de compreensão da informação veiculada), falta de descanso, internamento da mãe no serviço de obstetrícia, a separação do bebé, o confronto com uma

realidade inesperada, lidar com a possibilidade de perder o filho, a adaptação ao ambiente de uma UCIN, dificuldade em lidar com os lentos progressos, dificuldades emocionais, dificuldades logísticas, dificuldade relacionadas com as visitas de familiares e dificuldades relacionadas com os cuidados ao bebé.

A ansiedade, o medo, a incerteza da sobrevivência, as dúvidas relacionadas com o desenvolvimento do RNPT acrescidas do cansaço da mãe relacionado com o trabalho de parto traumático, por vezes, não descansar convenientemente e não se alimentar são algumas das dificuldades mais manifestadas (Diaz, Fernandes & Correia 2014). Em várias circunstâncias percebi estes medos e as dúvidas enquanto as famílias se mostravam interessadas em participar nos cuidados, questionando muitas vezes o peso, se houve aumento, se se alimentaram na totalidade, se o fizeram de forma espontânea, e até colocando em causa em alguns momentos a sua capacidade de cuidar de um RNPT. Esta experiência permitiu-me perceber que é criada uma certa dependência destes cuidadores formais, em virtude das necessidades imediatas destes RNPT, o contacto com os profissionais do serviço é perpetuado pois pude assistir a visitas de várias crianças que foram clientes daquela UCIN. Os estudos realizados que nos levam a conhecer as maiores dificuldades manifestadas pelos pais são também os que maiores contributos nos dão para abrir um caminho de construção de pontes no sentido de suprir as reais necessidades dos nossos clientes que em breve estarão em casa e cujas crianças estão inteiramente aos seus cuidados.

O serviço dispõe de vários grupos de trabalho (cuidados paliativos, amamentação, preparação da alta, dor, comunicação em equipa, etc.) que se articulam de forma harmoniosa, entre eles destaco o grupo que realiza o contacto com os pais após a alta. Assisti a alguns telefonemas da equipa de enfermagem para os pais no sentido de perceber como se estavam a adaptar à realidade no domicílio, e compreendi claramente que aqueles breves minutos são extremamente valiosos para aquelas famílias que de um momento para o outro levaram os filhos para casa e se confrontam com novas necessidades e dificuldades. Estas altas são devidamente preparadas, há mesmo uma checklist onde constam todos os itens (carta de alta, pulseira identificação, boletim individual de saúde, transporte, marcação consultas, teste de cadeira de transporte, contacto telefónico após alta, questionário de satisfação, etc.) que devem ser cumpridos para efetivar a alta, pelo que em momento algum ficam sem suporte.

No que concerne a amamentação neste contexto, como não poderia deixar de ser, percebi que esta é estimulada desde cedo. Logo que possível a mãe é incentivada a colocar o seu bebé à mama desde que o RNPT reúna condições para tal, assim como a extrair leite

para o amamentar. A EESIP realizou ensinios relativos a extração e conservação do leite materno assim como forneceu um folheto informativo como forma de facultar todas as orientações necessárias. As novidades foram uma constante no decurso do estágio na UCIN, o que se revelou muito profícuo em termos pedagógicos. De realçar o uso do leite materno para limpeza da cavidade oral do bebé quando é necessário (e não por rotina), para promover a amamentação, pois permite ao RN conhecer e familiarizar-se com o seu sabor (Hiniker & Moreno, 2003 citado por Cruvinel & Pauletti, 2009). Também em contexto de SU verifiquei a existência de um cantinho de amamentação na sala de espera onde os bebés podem ser amamentados de uma forma confortável para ambos.

3.2. Domínio da Formação

O Enfermeiro para garantir a prestação de cuidados segura e congruente com a evidência científica mais atualizada deve apostar num plano pessoal de formação que dê resposta às suas necessidades.

Competências desenvolvidas:

*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
Promover a formação em serviço na área de EESIP.*

Objetivo:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da UCC onde decorreu o estágio.

Atividades:

- Discuti com o EESIP os temas pertinentes de realizar formação em serviço de modo a identificar o tema;

- Realizei formação de pares sobre *CIPE* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) ® versão 2015 e *Registos de Enfermagem na Comunidade*.

Reflexão crítica:

A CIPE® é considerada um referencial para a Enfermagem e tem constituído um grande desafio para alguns profissionais, verificando-se mesmo alguma resistência na sua integração e aceitação na prática clínica.

A necessidade de utilização, de domínio, de aquisição e fundamentalmente de atualização de conhecimentos acerca desta temática está na base desta sessão de formação de pares. Trata-se de uma carência formativa constatada no seio da equipa da UCC onde desenvolvi este ensino clínico. O EESIP que acompanhou o meu percurso formativo neste contexto de estágio no âmbito das competências comuns do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “diagnostica necessidades formativas” da equipa, sendo desta forma um facilitador da aprendizagem no seu contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Em virtude do que referi anteriormente esta necessidade formativa é identificada pelo EESIP e assim surge com uma sugestão de formação de pares, tendo sido orientada pelo EESIP em colaboração com a docente orientadora do estágio. Nesta fase, permitiu-me compreender a importância de contribuir com conhecimentos adquiridos em contexto académico e profissional para o enriquecimento da equipa de enfermagem e ainda entusiasmar e despertar para a importância dos registos de Enfermagem na tradução e visibilidade dos cuidados prestados (Internacional Council of Nurses, 2016).

Como é elementar foi realizado todo um planeamento da sessão de formação assim como dos recursos a utilizar em contexto formativo (Apêndice 2).

A CIPE® surge da carência de uma linguagem universal que permita a prestação de cuidados, documentação e investigação dos mesmos, verificada em Seul, em 1989. *Se não podemos nomeá-lo, não podemos controlá-lo, praticá-lo, ensiná-lo, financiá-lo ou incluí-lo em políticas públicas* (Clark & Lang, 1992 in Internacional Council of Nurses, 2016). A correta utilização dos sistemas de informação permite a evolução da Enfermagem constituindo-se um contributo que se considera fundamental para os profissionais com vista a uma prática com maior transparência e visibilidade do trabalho desenvolvido junto da comunidade.

A importância da evolução de sistemas de registo em suporte de papel baseados em texto livre para o uso de uma classificação (linguagem estruturada) aplicada a um sistema eletrónico constituiu uma mais-valia (Paiva, Cardoso, Sequeira, Morais, & Bastos, 2014), este sistema em uso nas instituições do Serviço Nacional de Saúde adotou a CIPE® como referência de linguagem.

Enquanto sistema de informação a CIPE ® necessita de ser *suficientemente vasta* para retratar os diferentes contextos, em países distintos; *suficientemente simples* para que os profissionais no seu quotidiano a considerem como uma *descrição da prática* significativa, sendo útil para basear a prática; *consistente com quadros de referência conceptuais claramente definidos*, contudo que não dependa de um quadro de referência teórico bem como de um modelo de Enfermagem em particular; baseia-se num *núcleo central* ao qual é possível adicionar termos gradual e continuamente através do seu desenvolvimento e refinamento; ser *sensível à variabilidade cultural*; refletir *o sistema de valores comuns da Enfermagem em todo o mundo*; e ser passível a sua utilização de uma *forma complementar ou integrada com a família de classificações desenvolvidas na OMS* (Internacional Council of Nurses, 2016, p.15).

A investigação desta temática permitiu-me aceder a muita informação disponível neste âmbito e ainda durante uma manhã procurar contributos junto de outros enfermeiros (nomeadamente com funções de parametrizador do sistema) cujas competências ao nível dos registos de enfermagem na comunidade se encontram mais desenvolvidas. Assim consegui prover-me de informação útil e que constituiu uma novidade para os profissionais da UCC.

Esta temática, assumidamente, não foi muito simples de trabalhar, exigiu muita dedicação e muito estudo, contudo a necessidade constante de dar resposta aos desafios que me são propostos tanto mais complexos sejam eles, moveu-me de forma incansável.

A sessão de formação de pares decorreu sem incidentes, contudo apenas 46,7% dos enfermeiros da UCC estiveram presentes (o que comprometeu atingir um dos indicadores), quanto à aquisição de conhecimentos, que penso ser o aspeto mais relevante, posso dizer que todos os enfermeiros presentes respondem corretamente a 70% do inquérito no final da atividade formativa, o que me permitiu atingir os objetivos propostos.

A necessidade formativa é uma constante seja qual for o âmbito profissional, a permanente atualização do conhecimento produto da investigação deve ser integrada na

prática diária. Desta forma, os cuidados prestados às pessoas serão tanto mais significativos quanto respondam às suas necessidades que só a investigação nos consegue transmitir.

3.3. Domínio da Gestão

No domínio da gestão pretende-se que o Enfermeiro Especialista seja capaz de gerir os recursos disponíveis otimizando-os de acordo com as situações com que se depara, visando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

Competência desenvolvida:

Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização.

Objetivos:

- Compreender as estratégias de gestão de recursos dos serviços;
- Conhecer as especificidades das estratégias de gestão da UCC;
- Reconhecer a importância da acreditação de um serviço;
- Compreender a satisfação do utente como um aspeto essencial na qualidade dos cuidados de saúde.

Atividades:

- Contactei com diferentes estilos de liderança e gestão de recursos;
- Assisti à monitorização dos parâmetros implicados na gestão da UCC;
- Conheci alguns aspetos relativos à acreditação de um serviço;
- Refleti sobre a importância da satisfação do cliente.

Reflexão crítica:

Nos diversos contextos tive oportunidade de experimentar e perceber diferentes estilos de liderança. Enquanto num líder se encontra criatividade, flexibilidade, inovação, promoção da mudança e envolvimento por seu lado, num gestor encontramos racionalidade, planeamento, direção e controlo (Mações, 2014). Face ao exposto, penso que as competências de gestão de um verdadeiro dirigente são potenciadas se estes conseguirem um equilíbrio das partes. Assim, poderão influenciar e envolver toda a equipa em torno de um objetivo comum, neste caso a prestação de cuidados de qualidade.

No domínio da Gestão, fui orientada por um EESIP que integrava o Conselho Técnico da UCC onde estagiei, o que me permitiu ter um contacto ainda que ténue com a área da gestão. O seu acesso privilegiado como editor do Bilhete de Identidade (BI) dos CSP desta UCC, permite consultar e alterar a carta de compromisso, consultar o Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF), os indicadores e também o índice de desempenho global (IDG). Neste âmbito foi possível compreender a importância de registar corretamente todas as intervenções de maneira a que seja possível extrair dados que reflitam o trabalho desenvolvido por estes profissionais. Só desta forma se pode traduzir o trabalho realizado para que se demonstrem os ganhos em saúde.

Em contexto hospitalar durante o estágio na UCIN, pude constatar que há um grande rigor com os vários departamentos da unidade, isto é, atendendo ao facto de ser um serviço acreditado há vários protocolos e documentação que deve ser do domínio de todos os profissionais. Uma unidade acreditada é submetida a um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, que avaliam o rigor do nível de desempenho em função de normas standards com o objetivo de melhoria contínua (DGS, 2014). Desta forma pude constatar que há uma constante preocupação em que tudo se encontre devidamente documentado. De relevar a importância da satisfação do utente pois são entregues questionários de satisfação no final do internamento.

Na Lei de Bases da Saúde, base XXX, é dado ênfase a que seja “*colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios*” (Lei n.º48/90, 1990). Desta forma, é evidente a importância que tem para a qualidade em saúde a noção da satisfação pelo doente e pelo profissional. Corroborando a lei anterior, a medição da satisfação do utente é fundamental para a avaliação

da qualidade dos serviços de saúde, logo é uma oportunidade de conceber serviços à sua medida, baseados nas suas necessidades e expectativas, adequando os (escassos) recursos existentes aos desejos e interesses daqueles que são os maiores visados (ACSS, 2009). Os dados a que tive acesso neste âmbito mostraram que os pais de uma forma geral se encontram muito satisfeitos com os cuidados prestados nesta UCIN, o que não me surpreende face ao que venho a relatar ao longo de toda esta experiência. Por outro lado, percebi que em contexto de SU não se verifica esta entrega do inquérito de satisfação, em conversa com a EESIP que acompanhei. Na minha perspetiva esta poderia ser uma ocasião muito interessante de perceber qual a satisfação com o serviço prestado, assim como já foi realizado noutra SU do país. Nesse SU perceberam que os utentes apresentam elevados níveis de satisfação, que quanto maior a idade dos acompanhantes mais elevado é o seu nível de satisfação, sugerindo apenas uma diminuição do tempo de espera como um aspeto a melhorar (Pinto & Silva, 2013). Estes dados contrariamente à opinião manifestada pela EESIP, referindo que os clientes provavelmente manifestariam insatisfação, seriam encorajadores para a equipa de saúde. Após a análise dos dados colhidos através dos inquéritos aplicados, seria de primordial importância a transformação da informação colhida em ações que visassem mudar a estrutura, métodos e processos com o intuito de elevar os padrões de qualidade dos cuidados prestados por toda a equipa. A importância de revelar os seus resultados funciona como um impulsionador da excelência do cuidar, os contributos revelados nestes inquéritos serão de grande interesse pois acima de tudo permitem refletir e rever práticas. É fundamental trabalhar com o intuito de responder às necessidades e expectativas dos utentes e se possível excedê-las (Mezomo, 2001).

3.4. Domínio da Investigação

A Investigação em Enfermagem é imprescindível pois permite a construção de novos saberes, tornando cada vez mais robusta esta disciplina. Este curso de mestrado elevou o meu interesse pela investigação, estimulando a pesquisa, no sentido de cada vez mais dar resposta às solicitações do dia-a-dia.

Competências desenvolvidas:

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objetivo:

- Aprofundar competências na área da investigação em Enfermagem.

Atividades:

- Frequentei eventos promovidos pela Ordem dos Enfermeiros com o intuito de procurar contributos junto dos profissionais em exercício na área da Saúde Escolar;
- Fiz pesquisa bibliográfica sobre educação postural;
- Acedi a investigação recente na área de especialização.

Reflexão crítica:

A Investigação em Enfermagem reveste-se de particular importância visto que permite o contínuo desenvolvimento da profissão, encontrando os fundamentos que alicerçam as práticas e os melhores cuidados proporcionando maior visibilidade ao trabalho realizado (J. Martins, 2008).

A experiência em CSP permitiu-me o contacto antecipado com resultados de investigação realizada pelo EESIP que orientou o meu percurso neste contexto de ensino clínico, no âmbito das práticas e políticas de Saúde Escolar no nosso país. Assim sabe-se que desde 1994 se uniram esforços do Ministério da Saúde e da Educação, e que posteriormente em 2006 se cria um protocolo de parceria, com o objetivo de desenvolver atividades de Promoção e Educação para a Saúde em contexto escolar (Lusquinhos & Carvalho, 2017). Os alunos (9.º ano que integram o estudo) revelam uma perspetiva muito interessante neste domínio, 68,4% afirmam que a sua escola implementa medidas promotoras de saúde e bem-estar para todos, por outro lado 68,1% desconhece a Equipa de Educação para a Saúde do seu estabelecimento de ensino, rematando que 95,6% considera

importante a Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar (Lusquinhos & Carvalho, 2018a).

Como foi oportuno também assisti a algumas reuniões da UCC, e acompanhei a preparação do ano letivo, pelas contingências de um curso como este há timings para cumprir e por isso não foi possível acompanhar todas as atividades, mas houve um projeto que me despertou particular interesse, simplesmente porque ainda não tinha pensado muito nesta temática. A Educação Postural surgiu-me como uma novidade e por isso decidi investir (estudando) um pouco nesta vertente, percebi que se pretende sobretudo ter uma ação preventiva em meio escolar, promovendo hábitos posturais corretos (DGS, 2015).

Nesta UCC este projeto teve grande adesão por parte dos agrupamentos de escolas da sua área de influência, o que evidencia uma preocupação por parte da comunidade educativa relativamente a este tema. Foi possível realizar um estudo, no ano letivo anterior, em que se constatou que as raparigas transportam mais peso e consequentemente referiam mais dores cervicais, lombares e/ou dorsais (Lusquinhos & Carvalho, 2018b). A intervenção no âmbito da Promoção da Saúde Oral ocorre frequentemente no início de cada ano letivo, que correspondeu ao meu período de estágio na UCC, nas quais participei como referi anteriormente. No domínio da educação postural as ações estavam agendadas para uma fase posterior, no entanto, tive acesso a este estudo e pude discutir com o EESIP as intervenções previstas com o intuito de dar continuidade ao estudo que foi iniciado.

Neste âmbito também tive oportunidade de comparecer na companhia do EESIP a umas Jornadas de Trabalho promovidas pela Ordem dos Enfermeiros intituladas de *“Refletindo a Enfermagem de Saúde Escolar”*, evento este que foi dinamizado por este profissional. Foram revelados dados de um estudo realizado na zona Norte do país, em que se percebe que as equipas de saúde escolar são essencialmente constituídas por enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde infantil e que a participação dos alunos, dos encarregados de educação e pessoal não-docente no planeamento das atividades é mínima (devendo refletir-se sobre a sua importância, visto que são fundamentais) (Lusquinhos et al., 2018).

Esta constante necessidade de investigação das práticas, de participação permanente em todos os congressos e atividades promovidas na área de intervenção do EESIP funcionou em mim como um impulsor permanente no conhecimento e investigação realizada em Enfermagem.

4. Conclusão

Os cuidados prestados à criança e família são de primordial relevância, exigindo robustos conhecimentos e uma diversidade de capacidades. A elaboração deste relatório procurou expor, numa perspetiva crítico-reflexiva, uma análise dos últimos meses de estágio. Embora tente traduzir todo o percurso de uma forma clara e objetiva é impossível dar a conhecer tudo o que foi aprendido, realizado e descoberto. Este documento é fundamental para que nesta etapa conclusiva seja capaz de abordar as temáticas mais relevantes e descrever as minhas experiências.

O estágio nos mais variados contextos foi um desafio permanente, mostrando-se uma excelente fonte de aprendizagem e enriquecimento a nível pessoal e profissional. Sem dúvida que me permitiu um vasto leque de oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento de capacidades e competências no âmbito da prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. De salientar a parceria de cuidados verificada e indispensável em todos os contextos vivenciados, a assunção do papel da saúde escolar em CSP, os cuidados centrados no desenvolvimento e na família tão presentes na Neonatologia, e o reconhecimento precoce de situações de necessidade de cuidados complexos em urgência pediátrica, preconizando-se uma atuação pró-ativa do profissional. Assim, emerge toda uma necessidade de humanização dos cuidados, da qual não podemos destituir o exercício da profissão visto que o privilégio da proximidade com as pessoas nos possibilita um cuidar individualizado.

Deste modo, este período de estágio permitiu-me atingir os objetivos da unidade curricular, adquirindo e desenvolvendo competências que me permitirão exercer cada vez melhor a profissão de Enfermagem na área da Saúde Infantil e Pediatria, já que pude alargar os horizontes às valências da Pediatria mais distintas da minha área de exercício profissional.

Os conhecimentos facultados em sala de aula foram transpostos para a prática, houve oportunidade de os aplicar e de refletir sobre os mesmos, em novas situações, o que me

permitiu uma consolidação dos mesmos. Em momentos marcantes vivenciei situações complexas que me possibilitaram emitir juízos contribuindo para decisões fundamentadas nos mais variados contextos, tendo sempre presentes as responsabilidades éticas e sociais. Procurei todas as oportunidades para integrar na prática resultados da investigação relevantes no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria. Discuti e refleti em diversos momentos sobre questões da área da Saúde Infantil e Pediatria, demonstrando consciência crítica numa tentativa de abordar as mais variadas situações de uma forma criativa.

Como elementos facilitadores deste percurso reconheço a orientação recebida pelos diversos tutores em contexto clínico, que motivaram o crescimento verificado ao longo desta experiência. Porém, existem fatores dificultadores como o curto período de estágio, a dificuldade em conciliar o estágio com a vida profissional que com vontade e dedicação foram passíveis de ultrapassar.

Penso que algumas experiências relevantes ficaram por traduzir neste trabalho devido à limitação de espaço para o fazer, no entanto, contribuíram de forma significativa para esta reflexão. Não posso deixar de referir que a investigação me entusiasmou particularmente, em alguns locais de estágio, pela importância que lhe é conferida, pelo interesse manifestado na prática clínica e pela vontade de mudança o que me incentivou à pesquisa de artigos científicos integrando na minha prática as melhores e mais atuais evidências.

Este processo de aprendizagem foi muito profícuo, e bem-sucedido permitindo um crescimento harmonioso e maturação profissional e pessoal que doravante será um alicerce estruturante na capacidade de enfrentar novas situações.

5. Referências bibliográficas

Abrantes, G. M. T. M. (2014). *Aleitamento Materno - O papel do Pai*. Instituto Politécnico de Viseu.

ACSS. (2009). Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA - Resultados Globais de 2009. Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Rel_Global_AvaliacaoSatisfacaoUtentes_2009.pdf

Almeida, A. N. de, Ramos, V., Almeida, H. N. de, Escobar, C. G., & Garcia, C. (2017). Análise das variáveis contextuais na avaliação dos maus-tratos infantis a partir da realidade de uma urgência pediátrica. *Jornal de Pediatria*, 93, 374–381. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399752155009>

Alves, A. R., Carreto, F., Freitas, S., Costa, F., & Ramos, A. (2010). A representação do papel do pai no aleitamento materno. *Percursos*, 32–37.

Alves, C. N., Wilhelm, L. A., Barreto, C. N., Santos, C. C. dos, Meincke, S. M. K., & Ressel, L. B. (2015). Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(2). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>

Amaral, N. M. F. (2009). *Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-Nascidos Prematuros Internados a visão das Enfermeiras*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao_mestrado_Parceria_de_cuidados_entre_enfermeiras_e_pais_de_recnmascidos_prematuros_internados.pdf

Bárcia, S., & Sá, E. (2010). A importância do toque e da massagem do bebé ... alguns apontamentos. *Psicologia Da Saúde*, 147–160. Disponível em: https://repositoriocientifico.ualantica.pt/bitstream/10884/539/1/A_importancia_do_toque_e_da_massagem_do_beb%C3%A9_alguns_apontamentos.pdf

Batalha, L. M. C. (2010, December). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 73–80. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a08.pdf>

Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5–11. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cuidados+de+saúde+primários+em+Portugal#0>

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa - Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 6–9. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf

Canadian Association of Emergency. (2013). The Canadian Triage and Acuity Scale: Combined Adult/Paediatric Educational Program participant's manual Triage Training Resources. Disponível em: http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf

Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 67–68.

Costi, M. (2001). A Luz em Estabelecimentos de Saúde. *VI Encontro Latino-americano sobre Conforto no Ambiente Construído*, 1-8. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Marilice_Costi2/publication/267692042_A_LUZ_EM_ESTABELECIMENTOS_DE_SAUDE/links/5489c7350cf2d1800d7aa1d0/A-LUZ-EM-ESTABELECIMENTOS-DE-SAUDE.pdf

Cruvinel, F. G., & Pauletti, C. M. (2009). *Humanity Forms Attendance To Newborn Baby Daily Pay-Term or of. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* (Vol. 9). Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11162/0>

Decreto-Lei n.º28/2008. Decreto-Lei nº 28/2008, Diário da República, 1.ª série N.º38 - 22 de Fevereiro § (2008).

Decreto-Lei n.º281/2009. (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009. *Diário Da República*, 1.ª Série N.º193 - 6 Outubro 2009, 7298–7301.

Despacho n.º 5868-B/2016 de 2 de Maio do Ministério da Saúde. (2016). Despacho n.º 5868-B/2016. *Diário Da República* - 2.ª Série n.º 84, (Parte C).

DGE. (2012). Bufetes Escolares Orientações. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444900121BufetesEscolares.pdf

DGS. (2009). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS*. Disponível em: https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Circular_Jovens_9_jan_2009.pdf

DGS. (2011a). Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção.

DGS. (2011b). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. *Direção-Geral Da Saúde*, 1(1), 9. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>

DGS. (2012). *Orientações Técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos__0_a_28_dias_.pdf

DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

DGS. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde - Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. Lisboa. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjeyIfX1O3fAhVE4eAKHWruAokQFjAAegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fdocumentos%2Fmanual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx&usg=AOvVaw>

DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>

DGS. (2018a). *Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-n-0142018-de-03082018-folheto-pdf.aspx>

DGS. (2018b). Rastreio Saúde Visual Infantil, 1–14. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

Diaz, Z. M., Fernandes, S. M. G. C., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 85–93. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a10.pdf>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 13, 43–51. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200006

Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 14–30. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100003

Fragata, P. (2012). *O Método Mãe-Canguru nos Recém-Nascidos de Baixo Peso*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27480/1/O MÉTODO MÃE-CANGURU NOS RECÉM-NASCIDOS DE BAIKO PESO.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27480/1/O_MÉTODO_MÃE-CANGURU_NOS_RECÉM-NASCIDOS_DE_BAIKO_PESO.pdf)

Health Behaviour in School-Aged Children. (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão - Dados Nacionais 2014*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-saude-dos-adolescentes-portugueses-em-2014.aspx>

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (Lusociência, Ed.) (9.º Edição). Loures.

INEM, & DFEM. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-Básico-de-Vida-Pediátrico.pdf>

Internacional Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf%0Ahttps://drive.google.com/file/d/0BxyOIQQjoAj3NDd6YWNsTjdkbWc/view

Lei n.º48/90. (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República*, 1.^a Série n.º 195/90.

Lusquinhos, L., & Carvalho, G. S. (2017). Promoção e educação para a saúde em meio escolar: Das políticas (de saúde e educação) às práticas. In *II Encontro Nacional de Jovens Investigadores em Educação*.

Lusquinhos, L., & Carvalho, G. S. (2018a). ALunosLusquinhosCarvalho,2018.pdf. In 5.º *Congresso Internacional de Saúde - Atividade Física e Saúde*. Braga.

Lusquinhos, L., & Carvalho, G. S. (2018b). “Eu e a minha mochila” - Um Projeto de Educação para a Saúde em Meio Escolar. *Egitania Sciencia - Edição Especial SIEFLAS*, 7–18.

Lusquinhos, L., Pombal, F., Oliveira, M. do C., Santos, P., Rosário, R., & Pereira, A. (2018). No Title. In *Jornadas de Trabalho - Refletindo a Enfermagem de Saúde Escolar*. Porto: Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional Norte.

Mações, M. A. R. (2014). *Manual de Gestão Moderna - Teoria e Prática* (Actual Editora)

Macedo, L., Festas, C. & Vieira, M. (2012). Perceções parentais sobre estado nutricional, imagem corporal e saúde em crianças com idade escolar. *Revista de Enfermagem Referência*. 191-200. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100018

Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. do C. (2017). Transição para a parentalidade : A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Ciaiq*, 2(Atas dos 6º Congresso Ibero-Americano de Investigación Cualitativa), 40–49.

Martins, H. G. (2018). *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5055/1/Helena_Gomes_Martins_DM.pdf

Martins, H., Ribeiro, C., & Gomes, F. (2015). Relatório do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, 2015.

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62–66.

Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. (S. P. Company, Ed.). New York.

- Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. C., Serra, I. C. & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 841-853
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. (Editora Manole, Ed.). Barueri.
- Nascimento, C. (2017). *Utilizadores Frequentes o Serviço de Urgência Pediátrico. Realidade ou Mito?* Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/111379/2/259702.pdf>
- Neto, F. M. de J. (2014). *A Transição Para a Alimentação Oral No Recém-Nascido Prematuro*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: [http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/9733/1/dissertação \(3. 1.2\)\(final\).pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/9733/1/dissertação%20(3.1.2)(final).pdf)
- Neves, F. G., Moraes, J. R. M. M., Morais, R. D. C. M., Souza, T. V. De, Ciuffo, L. L., & Oliveira, I. C. dos S. (2016). O trabalho da enfermagem em emergencia pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160063>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Vol. 3).
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011).
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Série I - Número 6.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018). Portugal: Diário da República, 2.ª Série - N.º133 - 12 Julho 2018.
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., & Bastos, F. (2014). Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem-SAPE Relatório em 7 volumes. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2/publication/277139760_Analise_da_parametrizacao_nacional_do_Sistema_de_Apoio_a_Pratica_de_Enfarmagem_-

_SAPE/links/556324df08ae9963a11ba1d1/Analise-da-parametrizacao-nacional-do-Sistema-de-Apoio-a-Prati

Pereira-da-Silva, L., Gomes, A., Macedo, I., Alexandrino, A. M., Pissarra, S., & Cardoso, M. (2014). Nutrição Entérica Na Criança Nascida Pré-Termo : Revisão Do Consenso Nacional. *Acta Pediatr Port*, 45(4), 326–339. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Nutricao_enterica_RNPT.pdf

Piazzalunga, C. dos R. C., & Lamounier, J. A. (2011). O contexto atual do pai na amamentação : uma abordagem qualitativa *. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(2), 133–141.

Pinto, S. A. G., & Silva, E. M. V. B. (2013, March). Qualidade e Satisfação com o Serviço de Urgência Pediátrica: a perspectiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 95–103. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a10.pdf>

Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. do C., & Erdmann, A. L. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia : uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 137–146. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a15.pdf>

Santos, A. O. (2011). NIDCAP ® : Uma filosofia de cuidados *Nascer e Crescer*, XX, 26–31. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

Santos, P. F., Silva, J. B. da, & Oliveira, A. S. de. (2017). Percepção da enfermagem sobre o método mãe-canguru : Revisão Integrativa. *Revista Eletronica Atualiza Saúde*, 69–79. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/article/percepcao-da-enfermagem-sobre-o-metodo-mae-canguru-revisao-integrativa-v-6-n-6/>

Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994) Transitions: a central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship* 119-127.

Silva, C. S. & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, 17-26 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>

Silva, B. T., Santiago, L. B., & Lamonier, J. A. (2012). Apoio paterno ao aleitamento materno: Uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(1), 122–130. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>

Silva, E. M. B., & Silva, D. M. (2014). Ethical reflection on palliative care in neonatology from the reading the book of a child for eternity. *Millenium*, 47, 61–68. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/6.pdf>

Silva, I. N. D. H. (2017). *A Qualidade de Vinculação aos Pais e aos Pares, os Comportamentos Auto-lesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes*. Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6337/1/24109 - OA.pdf>

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 24-28

Vieira, M. (2008) *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência* (Universidade Católica Editora) (2.^a Edição)

Apêndices

Apêndice 1

Planeamento da Sessão de Educação:

Promoção de Saúde Oral



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde: Promoção da Saúde Oral

Trabalho elaborado por:
Ana Alvarenga Viana



Docente Orientadora:
Prof^a Constança Festas

Setembro 2018

Introdução

No decurso da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no 11º curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, foi-me proposta a realização de uma sessão de Educação para a Saúde no âmbito da promoção de saúde oral a crianças no primeiro ciclo, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Este estágio decorre no período compreendido entre 10 Setembro e 3 de Novembro de 2018, e envolve um total de 180 horas de contacto.

Esta sessão de Educação para a Saúde ocorre por sugestão e sob orientação do enfermeiro tutor no contexto de estágio de Unidade de Cuidados na Comunidade em colaboração com a docente orientadora.

Este planeamento das sessões permite definir objetivos, determinar conteúdos, gerir recursos e organizar as linhas estratégicas que orientarão toda a sessão.

Com a construção deste documento pretendo desenvolver competências na apresentação de um planeamento em saúde; compreender a importância de planear em saúde para atingir com sucesso os objetivos propostos; desenvolver a criatividade na criação de atividades; e por fim adequar à faixa etária todos os conteúdos que utilizarei.

Numa primeira fase apresento a fundamentação da pertinência da temática em causa, seguida dos objetivos da sessão, da metodologia, dos recursos, da avaliação e por fim a planificação da sessão.

Planeamento

O processo de planeamento engloba as seguintes e principais fases: diagnóstico de situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, preparação da execução e avaliação. Assim, pode afirmar-se que o processo de planeamento é um processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

Diagnóstico de Situação

A Carta de Ottawa (1986) veio pela primeira vez dar ênfase à importância da promoção da saúde e assim dar a conhecer um mundo novo no que respeita a esta temática. A ideia é capacitar as pessoas e as comunidades de forma a que controlem a sua saúde com vista a melhorá-la.

A Promoção da Saúde Oral é uma área que exige dos profissionais de saúde uma grande criatividade e capacidade de se reinventarem ano após ano. As necessidades reais da população a ser trabalhada devem ser regularmente auscultadas para que o enfermeiro conheça efetivamente os seus clientes, e assim vem sendo feito nos mais diversos estudos neste âmbito.

Em 2015, foram publicados os dados do estudo realizado pela DGS, que visa avaliar o impacto do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), verificou-se a necessidade de manutenção do mesmo, dados os ganhos em saúde constatados. As informações recolhidas permitem afirmar que ainda há muito a fazer nesta área, verificou-se por exemplo que 25,7% das crianças com seis anos escovam os dentes apenas uma vez por dia, e por outro lado, que as raparigas residentes em zonas urbanas, filhas de mães ativas com níveis de escolaridade mais elevados são as que mais escovam os dentes. É fundamental aumentar a eficácia das intervenções preventivas dirigidas ao pré-escolar com vista a atingir as metas de saúde definidas pela OMS para 2020 (Martins, Ribeiro, & Gomes, 2015). Estes dados justificam o trabalho e o grande investimento que continua a ser feito na promoção da saúde oral nomeadamente aumentando a cobertura de cuidados preventivos e curativos por profissionais da área em causa, com o intuito de criar condições para manter uma boa saúde oral ao longo de toda a vida (DGS, 2011).

Em virtude do que foi anteriormente referido se encontra a necessidade de realizar e promover sessões de Educação para a Saúde como esta que se encontra planeada neste documento. Como formadores o objetivo geral que se pretende atingir com esta sessão é sensibilizar as crianças, professores, educadores, assistentes operacionais e encarregados de educação para a importância da promoção da saúde oral. Especificamente descrevendo a técnica de escovagem dos dentes, relevando a intransmissibilidade da escova de dentes, demonstrando a quantidade de dentífrico que deve ser utilizada, sensibilizando para os momentos chave da escovagem dos dentes, dando ênfase ao valor de uma alimentação saudável na saúde oral e reforçando a importância da visita ao dentista com a regularidade recomendada.

Objetivos

Objetivos Educacionais

O objetivo geral é aumentar o conhecimento da comunidade educativa acerca da importância da promoção da saúde oral.

Os objetivos específicos executar a técnica de escovagem dos dentes corretamente, compreender os momentos chave da escovagem dos dentes, reconhecer a importância da intransmissibilidade da escova de dentes, demonstrar a quantidade de dentífrico utilizada em cada escovagem, referir que o dentífrico não deve ser deglutido, explicar que não se deve bochechar com água após a escovagem e compreender a sua importância e referir a periodicidade com que devem visitar o dentista, no grupo de crianças do pré-escolar e primeiro ano do Ensino Básico. Quanto aos restantes alunos do Ensino Básico, nomeadamente segundo, terceiro e quarto anos aos objetivos específicos anteriores acrescem conhecer o tempo de escovagem e compreender a importância da alimentação saudável na saúde oral.

Objetivos Operacionais / Metas

- 90% das crianças compareçam à sessão de Educação para a Saúde;
- 80% das crianças realizam corretamente a técnica de escovagem dos dentes no modelo, na sessão realizada;
- 75% das crianças cantam a música ensinada como forma de reforço da importância da higiene oral (sessão Pré-escolar e 1.º ano Ensino Básico);
- 75% de respostas corretas acerca da importância da Saúde Oral (sessão 2.º, 3.º e 4.º anos Ensino Básico);
- 100% das crianças recebam o kit de Higiene Oral (programa SOBE).

Metodologia / Seleção de Estratégias

Os conteúdos a abordar nas sessões são a técnica de escovagem, o material necessário para a higienização dos dentes, a intransmissibilidade da escova de dentes, a quantidade correta de dentífrico a utilizar, os momentos fundamentais de escovagem e a importância de visitar regularmente um dentista.

O projeto apresentado prevê a realização de sessões de Educação para a Saúde às crianças do Pré-Escolar assim como aos alunos do 1.º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas na área de influência da UCC, no período compreendido entre 1 de Outubro e 3 Novembro, no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

Para estas sessões de Educação para a Saúde os métodos utilizados serão o expositivo, interrogativo e o ativo, uma vez que permitirão aos formandos a sua intervenção, o que em termos pedagógicos aumenta o interesse e o envolvimento na sessão, o que poderá determinar o seu sucesso.

Na utilização do método expositivo será utilizada uma breve apresentação de diapositivos (Anexo 1) e o modelo da boca e da escova no jardim de infância e primeiro ano do ensino básico. Estes diapositivos são muito sucintos, constam essencialmente os passos da escovagem, o vídeo de desmistificação da ida ao dentista e uma breve canção para motivar e envolver os mais novos.

Quanto aos alunos dos 2.º, 3.º e 4.º anos do 1.º ciclo do Ensino Básico, será feita uma breve apresentação da técnica de escovagem e posteriormente proceder-se-á a um jogo seguindo um guião de questões (Anexo 4) previamente formulado para avaliar e completar a informação que detêm. Permitindo sempre espaço para que sejam apresentadas dúvidas.

A estratégia adotada relativamente ao jogo assenta na importância de envolver e permitir a participação, numa perspetiva mais dinâmica contrariando a clássica formulação de “aula” voltada para a exposição de conteúdos.

A sessão de formação tem a duração aproximada de 45 minutos.

~

Recursos

Os recursos necessários para esta sessão de formação são:

Recursos Humanos: Enfermeiro orientador, especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e aluna do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;

Recursos Físicos: Sala ou Biblioteca do Jardim de Infância ou Escola;

Recursos materiais: Um computador portátil, um projetor, Modelo Boca e Escova, Tabuleiro de Jogo, Copos coloridos (peões do jogo), Guião de Questões, Kits Higiene Oral (programa SOBE (DGS, PNL, & RBE, 2014)) e flyers da DGS;

Recursos Financeiros: Kits de higiene oral fornecidos pelo programa SOBE, impressão e construção dos materiais a cargo da aluna.

Avaliação

Relativamente à avaliação da sessão de Educação para a Saúde será feita de duas formas distintas no primeiro ano do Ensino Básico e no Pré-Escolar será realizando a técnica de escovagem pelos alunos no modelo da boca e registando numa grelha de observação para o efeito (Anexo 2). Nos segundos, terceiros e quartos anos do Ensino Básico, a avaliação será feita com recurso ao jogo de tabuleiro e ao guião de questões que permite avançar no jogo, contabilizando as respostas corretas uma grelha própria (Anexo 4).

A avaliação desta ação de formação será realizada pelos indicadores de processo e resultado seguidamente apresentados:

Indicadores de Processo

- % de crianças presentes na sessão de Educação para a Saúde

$$\frac{\text{N.º crianças presentes na Sessão Educação para Saúde}}{\text{N.º crianças presentes na turma nesse dia}} \times 100$$

Indicadores de Resultado

- % de crianças que executam corretamente a técnica de escovagem no modelo

$$\frac{\text{N.º crianças que executam corretamente a técnica de escovagem no modelo}}{\text{N.º crianças presentes na sessão de Educação para a Saúde}} \times 100$$

- % de respostas corretas sobre a importância de Higiene Oral

$$\frac{\text{N.º respostas corretas sobre importância da Higiene Oral}}{\text{N.º perguntas realizadas sobre Higiene Oral}} \times 100$$

Planificação

A planificação para a crianças do Pré-Escolar e primeiro ano do primeiro ciclo.

PLANO DE SESSÃO

Tema:	Promoção Saúde Oral – Dentinhos Felizes			
Destinatário:	Crianças do Pré-Escolar e do 1.º ano do 1.º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de [REDACTED]	Local:	Pré-Escolar e Escolas 1.º Ciclo do Agrupamento [REDACTED]	
Data/Hora:	A definir	Equipa formadora	Aluna do MEESIP Ana Alvarenga Sob orientação do Enf. [REDACTED]	
OBJETIVOS	No final da sessão de formação, as crianças deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Identificar os dois momentos de escovagem dos dentes;• Identificar o material necessário para a escovagem;• Descrever e executar a correta técnica de escovagem;• Compreender a intransmissibilidade da escova de dentes.			
RECURSOS DIDÁTICOS	Computador, Projetor, Modelo Boca e Escova, Kits Higiene Oral (SOBE), Flyers			
FASES DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODOS / TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Comunicação dos objetivos; - Enquadramento da sessão; - Apresentação da equipa;	Método expositivo	- Apresentação de todos os intervenientes - Apresentação do projeto -Introdução à atividade	3 Min.

RECURSOS DIDÁTICOS	Modelo Boca e Escova, Base Jogo Tabuleiro, Copos (peões), Guião Questões, Kits Saúde Oral (SOBE), Flyers
--------------------	--

FASES DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODOS / TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação dos objetivos; - Enquadramento da sessão; - Apresentação da equipa; 	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de todos os intervenientes - Apresentação do projeto - Introdução à atividade 	3 Min.
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de Escovagem dos Dentes 	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Relembrar a técnica de escovagem dos dentes usando o modelo boca e escova (breve explicação) - Interação com o grupo. 	5 Min.
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimentos de dúvidas. 	Método expositivo + Método ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Focar os pontos importantes do trabalho; 	3 Min.
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos conhecimentos prévios 	Método interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo de Tabuleiro usando Guião de Questões que permitem avaliar os conhecimentos existentes e complementá-los - Oferta dos Kits Saúde Oral (SOBE) e flyers para partilhar informação com os pais 	25 Min.

Conclusão

O investimento na Promoção da Saúde Oral nunca será demais especialmente nesta população, o procedimento da escovagem dos dentes deveria ser realizado em todas as escolas do país (DGS, 2011). Como sabemos a realidade não é essa, por isso assim surge a pertinência da temática a trabalhar.

Embora reconheça que seja um terreno bastante explorado, penso que será uma mais valia em termos profissionais contactar com crianças saudáveis e incutir-lhes ou reforçar positivamente bons hábitos de higiene oral. A abordagem desta temática também me permitiu refletir sobre a sua importância no contexto profissional onde me encontro atualmente visto que me obrigou a rever as minhas práticas e ainda fazer promoção para a saúde oral sempre que possível. No contacto que tive com outros profissionais a trabalhar no âmbito da saúde comunitária percebi que contrariamente às normas emanadas do programa que tem inspirado este trabalho, não é fácil obter a colaboração necessária (Professores e Encarregados de Educação) para conseguir cumprir todas as indicações. A capacidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria em lidar com as dificuldades colocadas nos diversos contextos, em alterar ou ajustar sempre que seja essencial ao cumprimento dos seus objetivos pode ditar o sucesso das suas intervenções. O terreno é efetivamente muito heterogéneo havendo experiências muito distintas. Desta forma o profissional de saúde tem como missão conhecer a realidade que vai trabalhar, adaptar-se e reformular, sempre que se justifique, todo o seu plano de intervenção.

A relevância deste trabalho assenta na necessidade de aumentar os níveis de literacia da saúde na população mais jovem, tentando chegar às suas famílias para contribuir para uma sociedade mais saudável.

Referências

DGS. (2011). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. *Direção-Geral Da Saúde*, 1(1), 9. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>

DGS, PNL, & RBE. (2014). Manual de utilização - Saúde Oral Bibliotecas Escolares.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.) (3.^a Edição). Lisboa.

Martins, H., Ribeiro, C., & Gomes, F. (2015). Relatório do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, 2015.

Anexo I

Anexo I

Diapositivos Apresentação ao Jardim Infância e 1.º ano do Ensino Básico



Porquinha Peppa



Canção JI

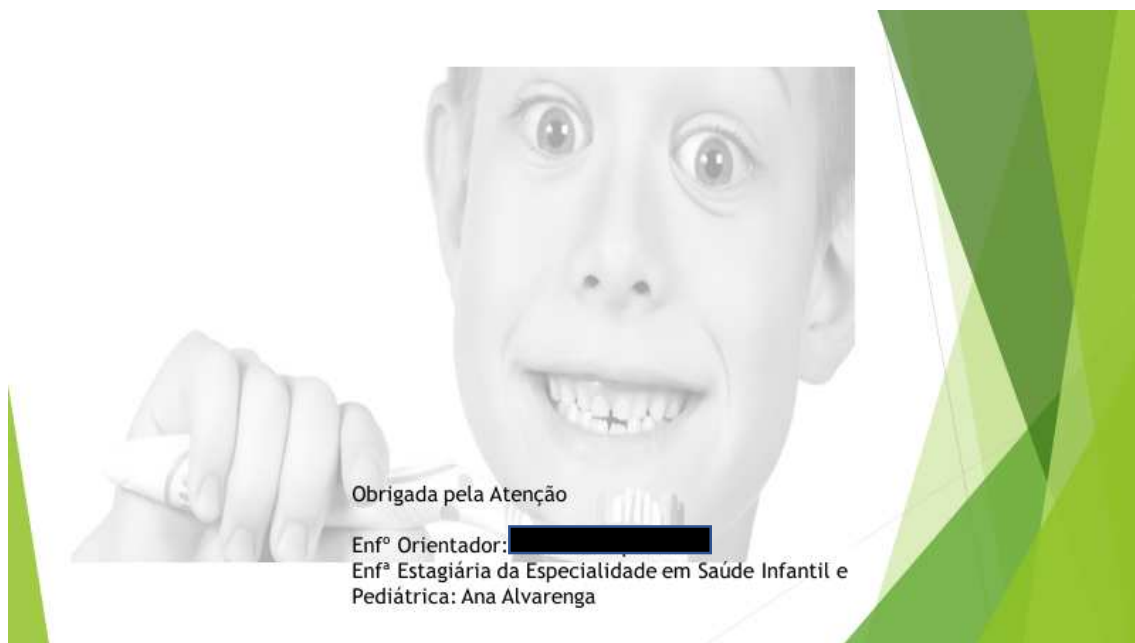
Escova os dentes
Escova os dentes

Escova-os bem
Escova-os bem

Dentes bem limpinhos
Dentes bem limpinhos

Língua também
Língua também





Anexo 2

Anexo 2

Grelha Observação Técnica Escovagem

Escola: _____

Sessão n.º _____

Número de Crianças da turma: _____

Número de Crianças presentes da sessão Educação para a Saúde: _____

Data: ____ / ____ / _____

Ação	Realiza	Realiza com dificuldade	Não realiza
Pega no seu kit de escovagem			
Molha a escova			
Coloca a quantidade correta de dentífrico			
Inclina a escova num ângulo de 45° com a gengiva			
Escova 2 dentes de cada vez realizando 5 vezes movimentos circulares			
Escova a superfície interna			
Escova as superfícies mastigatórias			
Escova a língua			
Cospe o excesso de dentífrico			
Não manifesta necessidade de bochechar com água			

Anexo 3

Anexo 3

Jogo que será realizado com alunos do 2.º, 3.º e 4.º anos do Ensino Básico

Jogo “Caça ao Tesouro”

Material:

Modelo Boca e Escova

Jogo Tabuleiro (Tela)

Copos plástico diferentes (5 grupos de alunos) que funcionam como peões

Guião de questões

Kits Higiene Oral (SOBE)

Flyer DGS

Regras do Jogo:

A turma será dividida em 5 grupos (sensivelmente 5 a 6 alunos por grupo) em que será escolhido um porta-voz. A cada grupo é atribuída uma cor. Todas as equipas iniciam a atividade na casa de partida e aqui será colocada uma questão, o primeiro porta-voz a levantar a mão, será a primeira equipa a responder, se a resposta estiver correta avançará para a casa seguinte. Posteriormente repete-se a operação. O Jogo termina quando for atingida a casa final e como prémio serão entregues os kits de higiene oral do programa SOBE.

Guião de Questões:

I. Por que motivo é importante escovar os dentes?

É muito importante escovar corretamente os dentes e a língua para manter os dentes saudáveis e uma boa higiene oral.

2. Em que momentos do dia devemos escovar os dentes?

Devemos escovar os dentes sempre após as refeições. Existem dois momentos do dia em que não se devem esquecer de escovar os dentes: depois do pequeno almoço e antes de dormir. Não esquecer que sempre que comerem doces também o devem fazer.

3. De que material necessitam para escovar os dentes?

Para escovar os dentes precisam de escova de dentes e pasta dentífrica. Uma escova adequada ao tamanho da vossa boca, pequena e macia para não magoar as gengivas durante a escovagem.

4. Quando é que se deve trocar de escova de dentes?

As escovas devem ser trocadas, pelo menos, quatro vezes por ano. Por exemplo, sempre que muda a estação do ano.

5. O Miguel esqueceu-se da escova em casa! E agora? Podes partilhar a tua escova de dentes com o teu melhor amigo?

Não podemos, a escova de dentes é um objeto pessoal que não se pode partilhar, há inúmeras bactérias na boca e não podemos transmitir às outras pessoas.

6. Quantos são os dentes de leite?

20 dentes de leite e os adultos têm na sua dentição definitiva 32 dentes.

7. Quando começam a cair os primeiros dentes de leite?

O primeiro dente cai a partir dos 5-6 anos de idade, iniciando-se a dentição definitiva.

8. Que quantidade de pasta dentífrica devemos colocar na escova de dentes?

Devem utilizar aproximadamente 1 cm de pasta, ou devem olhar para a vossa unha do dedo mindinho, o seu tamanho corresponde à quantidade correta de pasta que devem utilizar.

9. Que partes da boca devemos escovar?

Devemos escovar os dentes e a língua.

10. O que escovas primeiro: o maxilar superior ou o maxilar inferior?

Devem começar a escovar os dentes pelo maxilar superior.

11. Quanto tempo demora a escovagem dos dentes?

A técnica correta deve demorar 2 a 3 minutos para conseguir escovar corretamente todos os vossos dentes.

12. E as superfícies mastigatórias? Como devem ser escovadas?

As superfícies mastigatórias devem-se escovar com movimentos de vaivém (parte do meio).

13. A última parte da boca a escovar é....

A língua.

14. Como se escova a língua?

A língua deve ser escovada da parte de trás para a parte da frente, como se estivessem a varrer com uma vassoura.

15. E agora que já terminaste a escovagem podes engolir a pasta?

Não se deve engolir a pasta de dentes.

16. No final da escovagem é preciso bochechar com água. Verdadeiro ou falso?

Falso. A pasta dentífrica contém fluor que é muito importante para proteger os dentes das bactérias. Ao bochechar com água, estamos a deitar fora toda a pasta e o todo o flúor também, deixando os dentes desprotegidos.

17. A fruta prejudica ou é boa para vossos dentes?

É boa! A fruta fresca é fundamental para os dentes e para as gengivas. Podes comer a fruta com casca, como a pera e a maçã! Devem comê-la inteira, fazendo com que a gengiva, que é como se fosse um músculo, seja trabalhada e fique rosada e forte! Muito importante, a fruta deve ser bem lavada! E além de comeres fruta ao almoço e ao jantar, deves também comer fruta durante a manhã ou ao lanche!

18. Quais os alimentos que prejudicam os dentes?

Alimentos como a farinha dos bolos, as bolachas, os folhados, as batatas fritas e os flocos de cereais açucarados, também contribuem para o aparecimento de cárie dentária. Estes alimentos contêm açúcar e mesmo os que não são doces, como as batatas fritas, são transformados em açúcar na boca. Além disso, como ficam agarrados aos dentes durante muito tempo, vão causar mais danos!

19. Os sumos/refrigerantes prejudicam os dentes?

Os sumos e os refrigerantes devem ser ingeridos apenas nos dias de festa! Estas bebidas, mesmo que não tenham açúcar, têm ácidos que destroem os dentes. Beber água às refeições e ao longo do dia faz bem e ajuda a manter os dentes mais limpos.

20. Existe açúcar escondido nos alimentos?

Sim, é verdade! Alguns alimentos, mesmo sem sabor doce, podem ter açúcar! Por exemplo, o ketchup, as batatas fritas, o pão dos hamburgers e dos cachorros, o ice-tea, as panquecas e o pão de leite.

21. Por que motivo o açúcar não bom para os dentes?

O açúcar serve de alimento para as bactérias que existem na boca. Elas transformam-no em ácido que destrói o esmalte dos dentes. Quanto mais vezes comerem alimentos com açúcar, mais vezes as bactérias produzem esses ácidos, mesmo que comam pequenas quantidades de cada vez!

22. Como podemos evitar as cáries?

Para evitar as cáries devem escovar muito bem os dentes e usar pasta dentífrica com flúor, que protege os dentes. E bochechar muito bem com o fluor de 2 em 2 semanas.

Entre as refeições, devemos evitar comer ou beber alimentos açucarados.

23. É importante ir ao dentista todas as semanas. Certo ou Errado?

Errado. Apenas é necessário ir ao dentista de seis em seis meses, isto é, duas vezes por ano.

Anexo 4

Anexo 4

Grelha Respostas Corretas

Escola: _____

Sessão n.º _____ Ano: _____ Turma: _____

Número de Crianças da turma: _____

Número de Crianças presentes da sessão Educação para a Saúde: _____

Data: ____ / ____ / _____

Responde Corretamente	Não Responde Corretamente

Anexo 5

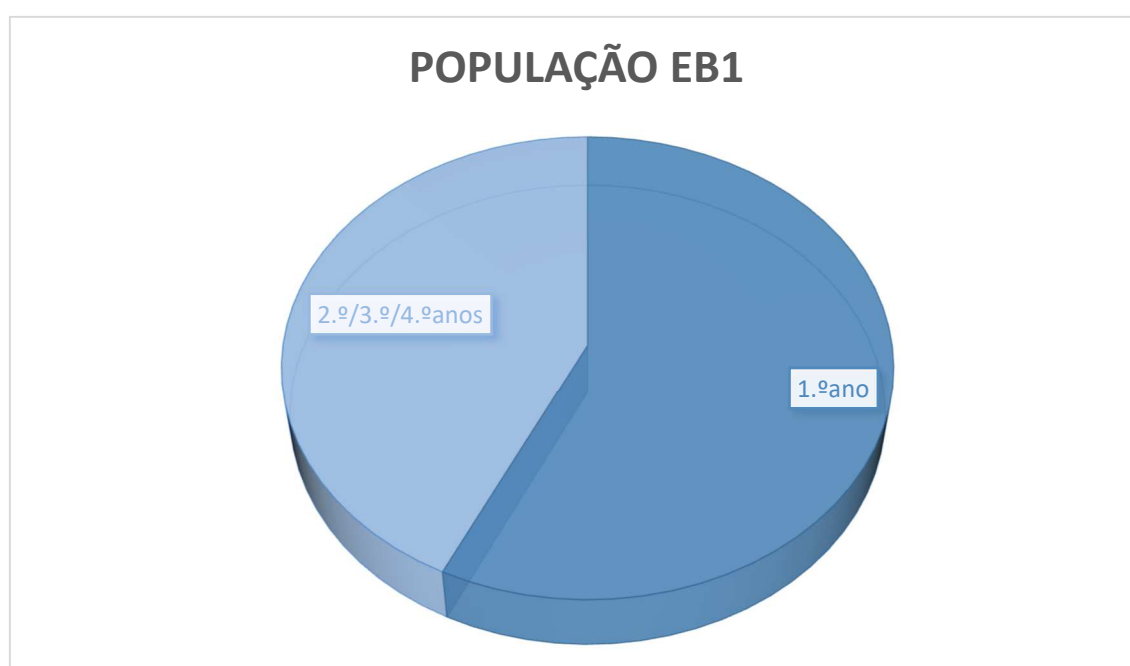
Anexo 5

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Meta: 90% dos alunos presentes



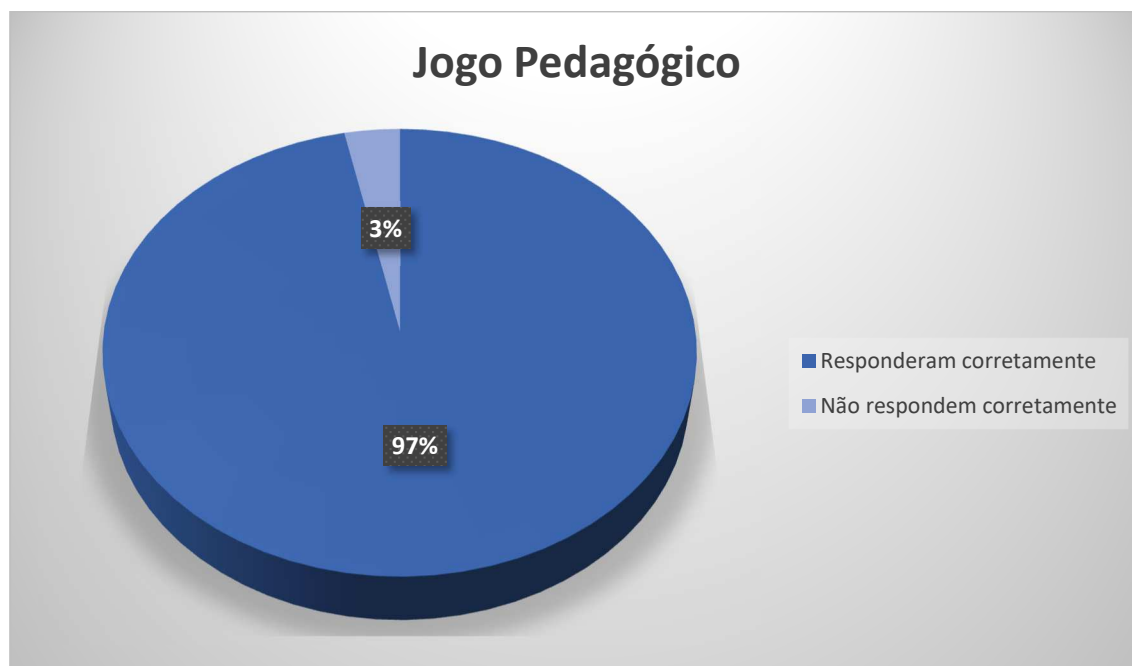
Como é possível verificar estiveram presentes 99% dos alunos das turmas em que foram realizadas as sessões de Educação para a Saúde, foi superada a meta traçada. O planeamento contemplava duas sessões de Educação para a Saúde distintas em função da população alvo, como traduz o gráfico seguinte.



Assim, percebe-se que foram realizadas 8 sessões em turmas do 1.º ano e 6 sessões nas turmas de 2.º/3.º e 4.º anos do ensino básico.



Nas turmas de 1.º ano, a meta seria que 75% dos alunos cantasse a música apresentada. Os resultados serão traduzidos no próximo gráfico.



Nos 2.º/3.º e 4.º anos do Ensino Básico a estratégia foi a utilização de um jogo pedagógico. Onde seria expectável que os alunos conseguissem responder corretamente a 75% das questões realizadas.

Apêndice 2

Planeamento da Sessão de Formação de Pares



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

Planeamento da Sessão de Formação de Pares:

CIPE® Versão 2015 e Registos de Enfermagem na Comunidade

Trabalho elaborado por:
Ana Alvarenga Viana



Docente Orientadora:
Profª Constança Festas

Outubro 2018

Introdução

No decurso da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no 11º curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, foi-me proposta a realização de uma sessão de formação de pares no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Este estágio decorre no período compreendido entre 10 Setembro e 3 de Novembro de 2018, e prevê um total de 180 horas de contacto.

Esta sessão de formação de pares ocorre por sugestão e sob orientação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no contexto de estágio de Unidade de Cuidados na Comunidade em colaboração com a docente orientadora.

Este planeamento das sessões permite definir objetivos, determinar conteúdos, gerir recursos e organizar as linhas estratégicas que orientarão toda a sessão.

Com a construção deste documento pretendo desenvolver competências na apresentação de um planeamento de uma sessão de formação; compreender a importância de planear uma ação de formação para atingir com sucesso os objetivos propostos; desenvolver a criatividade na criação de suporte para a formação, adequar os conteúdos às necessidades dos formandos e por fim que constitua um elemento de avaliação à Unidade Curricular.

Numa primeira fase apresento a fundamentação da pertinência da temática em causa, seguida dos objetivos da sessão, da metodologia, dos recursos, da avaliação e por fim a planificação da sessão.

Planeamento

O processo de planeamento engloba as seguintes e principais fases: diagnóstico de situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, preparação da execução e avaliação. Assim, pode afirmar-se que o processo de planeamento é um processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

Diagnóstico de Situação

Em contexto de Cuidados de Saúde Primários múltiplas têm sido as experiências e as oportunidades de reflexão acerca das mesmas. A CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) é considerada um referencial para a Enfermagem e tem constituído um grande desafio para alguns profissionais, verificando-se mesmo alguma resistência na sua integração e aceitação na prática clínica.

A necessidade de utilização, de domínio, de aquisição e fundamentalmente de atualização de conhecimentos acerca desta temática está na base desta sessão de formação de pares. Trata-se de uma carência formativa constatada no seio da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade onde desenvolvo este Ensino Clínico. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria que acompanha o meu percurso formativo neste contexto de estágio no âmbito das competências comuns do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “diagnostica necessidades formativas” da equipa, sendo desta forma um facilitador da aprendizagem no seu contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A CIPE® surge da carência de uma linguagem universal que permita a prestação de cuidados, documentação e investigação dos mesmos, verificada em Seul, em 1989. *Se não podemos nomeá-lo, não podemos controlá-lo, praticá-lo, ensiná-lo, financiá-lo ou incluí-lo em políticas públicas* (Clark & Lang, 1992 in International Council of Nurses, 2016). A correta utilização dos sistemas de informação permite a evolução da Enfermagem desta forma este é um contributo que se considera fundamental para os profissionais com vista a uma prática com maior transparência e visibilidade do trabalho desenvolvido junto da comunidade.

Fundamentação

A CIPE® é uma *terminologia padronizada*, vasta e complexa que visa traduzir todo o domínio da prática de Enfermagem no mundo, contribuindo para que esta seja eficaz e fundamentalmente visível no conjunto de dados de saúde (Garcia & Nóbrega, 2013).

Várias têm sido as versões publicadas desde a primeira que foi difundida em 1995, a versão Alfa, em que são classificados os fenómenos e as intervenções de enfermagem. Seguindo-se vários congressos, grupos de trabalho e discussões que permitem a publicação da versão Beta e Beta 2 em 2001, pelo International Council of Nurses (ICN), em que é introduzida a abordagem multiaxial, baseada em dois modelos (Fenómenos de Enfermagem e Ações de Enfermagem) cada um dos quais contendo oito eixos. Esta versão da CIPE encontra-se em utilização em várias instituições do nosso país, através da aplicação informática SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). A importância da evolução de sistemas de registo em suporte de papel baseados em texto livre para o uso de uma classificação (linguagem estruturada) aplicada a um sistema eletrónico constituiu uma mais-valia (Paiva, Cardoso, Sequeira, Morais, & Bastos, 2014), este sistema em uso nas instituições do Serviço Nacional de Saúde adotou a CIPE® como referência de linguagem.

A CIPE® é, desde então, uma terminologia combinatória baseada numa linguagem de referência

Em 2005 a versão I veio simplificar as versões anteriores propondo um único modelo de sete eixos, que constitui o suporte para a formulação de diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem. Simultaneamente há uma tentativa de obedecer aos requisitos de Organização Mundial de Saúde (OMS) e assim em 2008, esta classificação é aceite como classificação relacionada na Família de Classificações Internacionais da OMS (Internacional Council of Nurses, 2016).

As novas publicações ocorrem a cada dois anos, aquando do Congresso ICN, a última versão publicada em Portugal é a CIPE® versão 2015, a versão 2017 já está disponível no *browser*, contudo ainda não se encontra traduzida em Português de Portugal para publicação. O que se tem verificado ao longo das últimas publicações é a adição de novos conceitos, que surgem como forma de enriquecimento da classificação e especialmente uma crescente tendência para os enunciados pré-coordenados de diagnósticos, resultados e intervenções com o intuito de reutilizar a informação de enfermagem (Internacional Council of Nurses, 2016). Em 2005, na versão 1.0 a parcela de conceitos primitivos era de 83% comparativamente com 55,7% na versão 2017, relativamente aos enunciados pré-coordenados em 2005 a proporção é de 17% em comparação com 44,3% na versão 2017 (Garcia & Coenen & Bartz in Internacional Council of Nurses, 2018).

A utilização de uma classificação como a CIPE® reveste-se de particular importância em virtude da magnitude que esta representa, a sua utilização é recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, que na sua plataforma a disponibiliza a todos os seus membros.

A sua constante atualização, publicação de uma nova versão a cada dois anos coincidente com a realização do Congresso do Conselho Internacional de Enfermeiros, do qual a nossa Ordem dos Enfermeiros é membro e dos contributos da pesquisa e desenvolvimento realizados no Centro para Pesquisa e Desenvolvimento de Sistemas de Informação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Centro CIPE® acreditado pelo ICN) são fundamentais para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto Disciplina e Profissão.

Enquanto sistema de informação a CIPE ® necessita de ser *suficientemente vasta* para retratar os diferentes contextos, em países distintos; *suficientemente simples* para que os profissionais no seu quotidiano a considerem como uma *descrição da prática* significativa, sendo útil para basear a prática; *consistente com quadros de referência conceptuais claramente definidos*, contudo que não dependa de um quadro de referência teórico bem como de um modelo de Enfermagem em particular; baseia-se num *núcleo central* ao qual é possível adicionar termos gradual e continuamente através do seu desenvolvimento e refinamento; ser *sensível à variabilidade cultural*; *refletir o sistema de valores comuns da Enfermagem em todo o mundo*; e ser passível a sua utilização de uma *forma complementar ou integrada com a família de classificações desenvolvidas na OMS* (Internacional Council of Nurses, 2016, p.15).

A sua importância é inquestionável, Rutherford (2008) defende *it is impossible for medicine, nursing, or any health care-related discipline to implement the use of electronic documentation without having a standardized language or vocabulary to describe key components of care process*.

Objetivos

Objetivos Educacionais

O objetivo geral é aumentar o conhecimento de equipa de Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade acerca da CIPE® Versão 2015 e contribuir para uma maior uniformização do registo dos cuidados de enfermagem na plataforma SClinico® (aplicação informática).

Os objetivos específicos são: compreender o que é a CIPE ®; reconhecer a importância e identificar as vantagens da CIPE® no contexto atual; conhecer a história e evolução desta classificação até atualidade; melhorar a capacidade de tradução em linguagem padronizada dos cuidados de enfermagem prestados; registar os cuidados prestados em sistema próprio com vista a obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Objetivos Operacionais / Metas

- 65% dos enfermeiros compareçam à sessão de formação;
- 70% de respostas corretas nos questionários finais sobre CIPE ®.

Metodologia / Seleção de Estratégias

Os conteúdos a abordar na sessão são a CIPE® versão 2015 e os registos de Enfermagem na Comunidade. Especial relevo dado à evolução da classificação, à sua importância e contributos, quanto aos registos procura-se uma facilitação de recursos e contributos provenientes das práticas noutras unidades de cuidados na comunidade.

Prevê-se a realização de uma sessão de formação de pares no âmbito desta temática, no dia 31 de Outubro de 2018.

Para estas sessões de Educação para a Saúde os métodos utilizados serão o expositivo, ativo e demonstrativo uma vez que permitirão aos formandos a sua intervenção, o que em termos pedagógicos aumenta o interesse e o envolvimento na sessão, o que poderá determinar o seu sucesso.

Uma apresentação de diapositivos será o recurso a utilizar nesta sessão de formação (Anexo I), onde consta informação sobre a CIPE® e o seu interesse e por fim um contributo sobre os registos de enfermagem no âmbito da UCC, onde se incluem representações do programa em uso (SClinico®) para permitir uma demonstração efetiva dos registos de enfermagem.

A sessão de formação tem a duração aproximada de 60 minutos.

Recursos

Os recursos necessários para esta sessão de formação são:

Recursos Humanos: Enfermeiro orientador, especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e aluna do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;

Recursos Físicos: Sala de Reuniões da UCC;

Recursos Materiais: Um computador portátil e um projetor;

Recursos Financeiros: Questionários a cargo da aluna.

Avaliação

A avaliação de uma sessão de formação é uma etapa essencial no processo formativo que permite aferir o sucesso da mesma.

Relativamente à avaliação da sessão de Formação de Pares, será feita em dois momentos, no início da sessão e no final, será utilizado um questionário (Anexo 2) onde constam 10 afirmações e é pedido ao formando que de forma anónima e voluntária, identifique como verdadeira ou falsa cada uma delas.

Esta forma de avaliação permitirá constatar se esta intervenção foi eficaz na medida em que contribuiu para o aumento dos conhecimentos dos formandos.

A avaliação desta ação de formação será realizada pelos indicadores de processo e resultado seguidamente apresentados:

Indicadores de Processo

- % de enfermeiros presentes na sessão de Formação de Pares

$$\frac{\text{N.º enfermeiros presentes na Sessão de Formação}}{\text{N.º enfermeiros da UCC}} \times 100$$

Indicadores de Resultado

- % de respostas corretas no questionário final

$$\frac{\text{N.º respostas corretas no questionário final}}{\text{N.º total de respostas}} \times 100$$

Planificação

PLANO DE SESSÃO

Tema:	CIPE® Versão 2015 e Registos de Enfermagem		
Destinatário:	Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]	Local:	Sala Reuniões UCC
Data/Hora:	Data: 31 Outubro 2018 Hora: 15:00	Equipa formadora	Aluna do MEESIP Ana Alvarenga Sob orientação do Enf. ESIP [REDACTED]

OBJETIVOS	<p>No final desta sessão de formação, os enfermeiros deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender o que é a CIPE®; • Valorizar a relevância da CIPE®; • Conhecer a história da CIPE®; • Compreender a formulação de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem; • Refletir sobre os registos de enfermagem.
-----------	---

RECURSOS DIDÁTICOS	Computador, Projetor e questionários
--------------------	--------------------------------------

FASES DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODOS / TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da equipa; - Enquadramento da sessão; - Comunicação dos objetivos; 	Método expositivo + Método Ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de todos os intervenientes - Preenchimento Questionário Prévio à sessão - Introdução à atividade 	10 Min.

DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - CIPE® – Versão 2015 - Registos de Enfermagem 	Método expositivo + Método Ativo + Método Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a CIPE® e sua importância - Interação com o grupo - Apresentar no SCLinico® e demonstrar como se pode registrar os cuidados prestados (sugestões externas) 	30 Min.
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimentos de dúvidas. 	Método expositivo + Método ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Focar os pontos importantes do trabalho; - Esclarecer as dúvidas. 	5 Min.
AVALIAÇÃO	Preenchimento Inquéritos Finais Preenchimento Inquérito Avaliação da Sessão			10 Min.

Conclusão

A necessidade formativa é uma constante seja qual for o âmbito profissional, a permanente atualização do conhecimento produto da investigação deve ser integrada na prática diária. Desta forma, os cuidados prestados às pessoas serão tanto mais significativos quanto respondam às suas necessidades que só a investigação nos consegue transmitir.

A CIPE® como sistema de informação permite-nos entre outros aspetos comunicar universalmente, padronizando os cuidados prestados atendendo à variabilidade cultural. A formação é uma competência do Enfermeiro Especialista, visto que este é um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem e desenvolvendo habilidades e competências na equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No sentido de desenvolver esta competência realizou-se sob orientação do EESIP uma sessão de formação de pares acerca da CIPE® e Registos de Enfermagem na Comunidade, visto que se trata de uma carência desta Unidade permitindo assim, um contributo externo.

Com esta sessão pretende-se essencialmente melhorar os conhecimentos sobre CIPE® e os Registos de Enfermagem para que melhor se traduza aquilo que é feito, no sentido de obter dados mais concretos e portanto mais visíveis da atuação dos Enfermeiros.

Referências

- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. de. (2013). A terminologia CIPE ® e a participação do Centro CIPE ® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. *Rev Bras Enferm*, 66(esp), 142–150. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700018>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.) (3.^a Edição). Lisboa.
- Internacional Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Retrieved from https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf%0Ahttps://drive.google.com/file/d/0BxyOIQQjoAj3NDd6YWNsTjdkbWc/view
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., & Bastos, F. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem-SAPE Relatório em 7 volumes. Escola Superior de Enfermagem do Porto*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2/publication/277139760_Analise_da_parametrizacao_nacional_do_Sistema_de_Apoio_a_Pratica_de_Enfermagem_-_SAPE/links/556324df08ae9963a11ba1d1/Analise-da-parametrizacao-nacional-do-Sistema-de-Apoio-a-Prati
- Rutherford, M. A. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05>

Anexo I

Anexo I

Diapositivos Apresentação



1. CIPE®

- ❑ é um quadro de referência unificador, pois é uma linguagem internacional;
- ❑ terminologia de composição para a prática de Enfermagem;
- ❑ terminologia padronizada capaz de gerar dados fiáveis e válidos sobre o trabalho de Enfermagem;
- ❑ apoio no processo de tomada de decisão-avaliação;
- ❑ tecnologia de informação, que permite a recolha, armazenamento e análise de dados de enfermagem em diversos contextos, no âmbito mundial.

2. HISTÓRIA



3. CRITÉRIOS

- suficientemente vasta para servir os múltiplos propósitos requeridos por diferentes países;
- suficientemente simples para ser vista pelo enfermeiro no dia-a-dia como uma descrição da prática com significado e como um meio útil de estruturar a prática;
- consistente com quadros de referência conceptuais claramente definidos, mas não dependente de um quadro de referência teórico ou de um modelo de Enfermagem em particular;
- baseada num núcleo central ao qual se podem fazer adições através de um processo continuado de desenvolvimento e refinamento;
- sensível à variabilidade cultural;
- que reflita o sistema de valores comum da Enfermagem em todo o mundo, conforme expresso no Código para Enfermeiros do ICN; e
- utilizável de forma complementar ou integrada com a família de classificações desenvolvida na OMS, cujo núcleo é a Classificação Internacional de Doenças (International Classification of Diseases, ICD. (ICN,2016)

4. EM PORTUGAL...

- A grande quantidade de dados CIPE® que foram recolhidos em hospitais e centros de saúde em todo o País representa hoje um recurso inestimável; um recurso precioso que pode facilitar a auditoria, investigação, educação e elaboração de políticas para o benefício dos enfermeiros e das pessoas que cuidam. Em termos de gestão da informação, Portugal é motivo de «inveja» para muitos enfermeiros em todo o mundo. É um exemplo brilhante de como a Enfermagem pode e deve ser (Hardiker in ICN, 2016, p.13).

5. MODELO DE 7 EIXOS



6. PLANO DE CUIDADOS

- **Diagnóstico de Enfermagem** é o rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem.

Diagnóstico = FOCO + JUÍZO + outros termos se necessário

- **Intervenções de Enfermagem**, representam aquilo que os enfermeiros fazem e aquilo que faz diferença nos resultados do cliente, podendo ser avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo.

Intervenção = AÇÃO + CLIENTE + outros termos se necessário

- **Resultado de Enfermagem** constitui a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem

Resultado = FOCO + JUÍZO + outros termos se necessário

COMO FORMULAR UM DIAGNÓSTICO

- Selecionar dados e evidências que devem ser valorizados num determinado contexto
- Interpretar dados
- Percepção das Necessidades

Esboço Mental dos Diagnósticos

Diagnóstico = FOCO + JUÍZO + outros termos se necessário

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Diagnóstico requer a prescrição da intervenção
- Surge em função do objetivo pretendido aquando da formulação do diagnóstico

Intervenção de Enfermagem

Intervenção = AÇÃO + CLIENTE + outros termos se necessário

RESULTADO

- Produto da intervenção de Enfermagem

Resultado de Enfermagem

Resultado = FOCO + JUÍZO + outros termos se necessário

PLANO CUIDADOS

7 Eixos	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Processo Enfermagem							
Diagnóstico de Enfermagem			Conhecimento sobre amamentação	Baixo [Falta]			
Intervenções de Enfermagem	Ensinar	[Mãe]	Amamentação		Unidade de Cuidados de Saúde		
	Incentivar		Amamentação		Unidade de Cuidados de Saúde		
	Promover		Amamentação		Unidade de Cuidados de Saúde		
Resultado de Enfermagem			Conhecimento sobre amamentação	Efetivo			

7. SAÚDE ESCOLAR

- Diagnóstico Situação (equipa PES)

- Registrar 2 contactos

um presencial (intervenção)

um não presencial (referente ao primeiro contacto em que há um diagnóstico e estabelecimento de prioridades)

No dia do contacto

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Saúde Oral e Higiene Corporal

Programas: PNPSO; PNSE Saúde Individual e Coletiva

Foco: Gestão Comunitária

1.ª Fase - Intervenção Diagnóstica: Avaliar adesão da Comunidade ao PNSE

Intervenções de Enfermagem:

- Incentivar Gestão Comunitária
- Monitorizar n.º de elementos da comunidade
- Planear atividade
- Providenciar [cheque dentista]

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Saúde Oral e Higiene Corporal

Programas: PNPSO; PNSE Estilos de Vida

Foco: Saúde Comunitária

Conhecimento da Comunidade sobre Saúde Oral

1.ª Fase - Intervenção Diagnóstica: Avaliar conhecimento da comunidade educativa sobre saúde oral (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/ outro método)

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre saúde Oral (informar sobre: - alimentação saudável; - frequência da escovagem; - material da escovagem; - técnica de escovagem; - visita dentista; -etc...)

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Saúde Oral e Higiene Corporal

Programas: PNPSO; PNSE Estilos de Vida

Foco: Saúde Comunitária

Capacidade da Comunidade para a Escovagem dos dentes

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Métodos avaliação utilizados (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/ outro método); Avaliar capacidade da comunidade para escovagem dos dentes (posição escova; movimento escovagem; sequência escovagem; quantidade dentífrico; tamanho escova; exclusão da água no final da escovagem)

Intervenções de Enfermagem:

- Instruir a lavar os dentes (posição escova; movimento escovagem; sequência escovagem; quantidade dentífrico; tamanho escova; exclusão da água no final da escovagem);
- Treinar a lavar os dentes.

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

• Área Intervenção: Saúde Oral e Higiene Corporal

Programas: PNPSO; PNSE Estilos de Vida

Foco: Comportamento de Adesão

Comportamento de adesão ao bochecho fluoretado
1.º Fase - Intervenção Diagnóstica: Avaliar adesão da comunidade ao bochecho fluoretado (realiza/não realiza)

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre higiene oral;
- Instruir higiene oral;
- Treinar higiene oral;
- Providenciar material de leitura.

Comportamento de adesão à escovagem

1.º Fase – Intervenção Diagnóstica: Avaliar adesão da comunidade à escovagem dos dentes (realiza/não realiza)

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre higiene oral;
- Instruir higiene oral;
- Treinar higiene oral;
- Advogar adesão escovagem.

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

• Área Intervenção: Saúde Oral e Higiene Corporal

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Saúde Comunitária

Capacidade da Comunidade para lavar as mãos
1.º Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); Avaliar capacidade da comunidade para lavar as mãos

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre lavagem das mãos;
- Instruir a lavar as mãos;
- Treinar a lavar as mãos.

Conhecimento da comunidade sobre higiene corporal

1.º Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); Avaliar conhecimento da comunidade sobre higiene corporal

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre auto cuidado: higiene.

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

• Área Intervenção: Inclusão

Programas: PNSE Inclusão Escolar

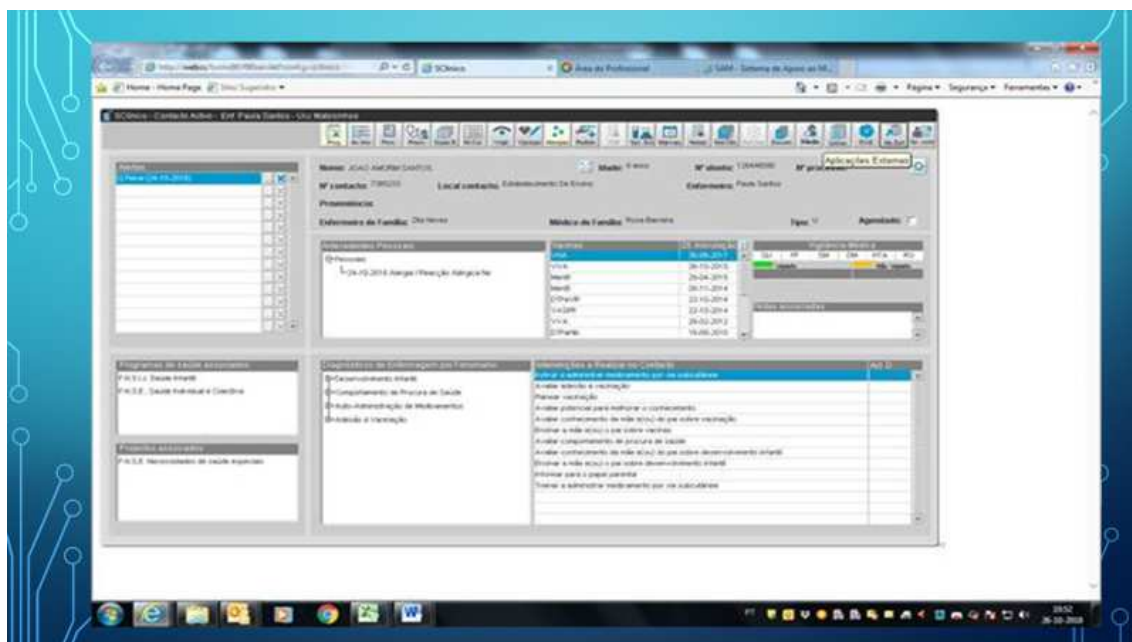
Foco: Gestão Regime Terapêutico

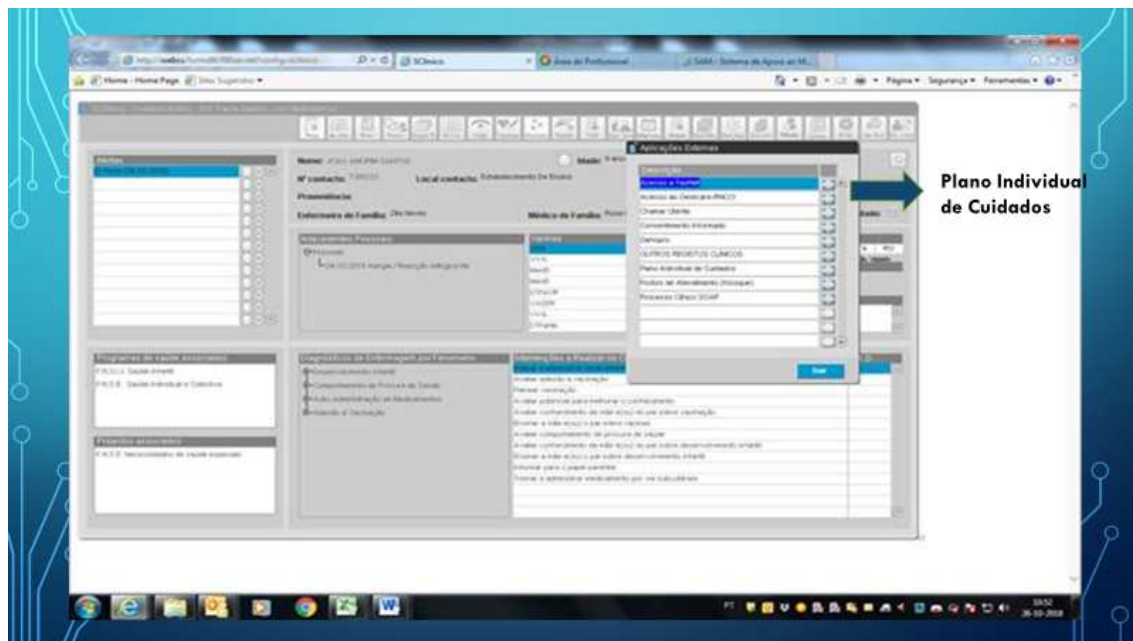
Conhecimento da comunidade sobre gestão do regime terapêutico

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado sobre gestão do regime terapêutico (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); avaliar conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico;
- Providenciar material de leitura.





PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

• Área Intervenção: Educação para os Afetos e Sexualidade

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Maturação

Conhecimento da comunidade sobre maturação

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); avaliar conhecimento da comunidade sobre maturação

Intervenções de Enfermagem:
Ensinar sobre maturação

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Educação para os Afetos e Sexualidade

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Uso de Contracetivos

Conhecimento da comunidade sobre uso de contracetivos

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); avaliar conhecimento da comunidade sobre uso de contracetivos

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre uso de contracetivos;
- Instruir o uso de contracetivos.

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Educação para os Afetos e Sexualidade

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Interação Sexual

Conhecimento sobre Interação Sexual

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); avaliar conhecimento da comunidade sobre interação sexual

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre hábitos de saúde: interação sexual;

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Educação para os Afetos e Sexualidade

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Comportamento de Procura de Saúde

Conhecimento sobre Comportamento de Procura de Saúde

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); avaliar conhecimento da comunidade para promover comportamento de procura de saúde;

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar a comunidade sobre comportamentos de procura de saúde

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Educação para os Afetos e Sexualidade

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Papel Sexual

Conhecimento da comunidade sobre Papel Sexual

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); avaliar conhecimento da comunidade sobre papel sexual;

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre papel sexual

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Educação para os Afetos e Sexualidade

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Prevenção contra o Abuso

Conhecimento da comunidade sobre Prevenção contra o abuso

1.ª Fase - Intervenções Diagnósticas: Método de avaliação utilizado (questionário/formulário/jogo pedagógico/entrevista/observação/outro método); avaliar conhecimento da comunidade sobre prevenção contra o abuso;

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre prevenção contra o abuso;

PLANO CUIDADOS – SAÚDE ESCOLAR

- Área Intervenção: Educação para os Afetos e Sexualidade

Programas: PNSE Estilos de Vida

Foco: Tomada de Decisão

Foco: Crença de Saúde: controlo

8. CONCLUSÃO

É fundamental :

- ☐ instituir uma linguagem comum, unificada, para a prática de enfermagem;
- ☐ Apresentar os conceitos usados na prática;
- ☐ Descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) no âmbito mundial;
- ☐ Dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, no conjunto dos dados de saúde.

9. REFERÊNCIAS

- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. de. (2013). A terminologia CIFE ® e a participação do Centro CIFE ® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. *Rev Bras Enferm*, 66(esp), 142–150. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700018>
- Imperatori, E., & Giraldez, M. (1993). *Metodologia do Planejamento de Saúde*. [Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.] (3.ª Edição). Lisboa.
- International Council of Nurses. (2016). *CIFE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Retrieved from https://futurolenf.files.wordpress.com/2017/04/cife_2015.pdf <https://drive.google.com/file/d/08xyOIQQpAj3NDd6YWNt1jklbWc/view>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011).
- Polvo, A., Cardoso, A., Sequeiro, C., Morais, E., & Bastos, F. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem-SAPE Relatório em 7 volumes. Escola Superior de Enfermagem do Porto*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeiro2/publication/277139760_Analise_da_parametrizacao_nacional_do_Sistema_de_Apoio_a_Pratica_de_Enfemagem_-_SAPE/links/556324d008ae9963a11ba1d1/Analise-da-parametrizacao-nacional-do-Sistema-de-Apoio-a-Prati
- Rutherford, M. A. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PP105>

Anexo 2

Anexo 2 – Questionário

Questionário de Diagnóstico

Este breve questionário permitirá constatar qual o nível de conhecimentos prévio à ação de formação, é anónimo, e apenas tem como intuito avaliar a eficácia da intervenção formativa.

Considere Verdadeiro ou Falso, colocando um X na coluna correspondente para cada afirmação.

Questionário Pré- Formação ☐

Questionário Pós-Formação ☐

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A CIPE® surge da necessidade de uniformizar a linguagem dos enfermeiros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O início do projeto CIPE® iniciou-se há 29 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A atualização desta linguagem padronizada ocorre a cada 3 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O modelo de Oito Eixos é o novo modelo proposto pela CIPE® versão 2015.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A CIPE é consistente com os modelos conceituais, contudo não depende de um enquadramento teórico ou de um modelo de enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A CIPE® é uma classificação reconhecida pela OMS, desde 2008.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Não é possível aceder à nova versão da CIPE® (versão 2017) através da página do Internacional Council of Nurses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Um Diagnóstico de Enfermagem é necessariamente constituído por um termo do eixo foco, um termo do eixo cliente e outros termos que considere necessários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Esta terminologia baseia-se num núcleo central ao qual se pode adicionar termos através de um processo contínuo de desenvolvimento e refinamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Em Portugal não há nenhum Centro de Investigação e Desenvolvimento da CIPE® Acreditado pelo Internacional Council of Nurses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3

Anexo 3

Questionário Avaliação da Sessão

Questionário de Avaliação da Sessão

Data: ____/____/____

Este questionário, anónimo e confidencial, tem como objetivo a avaliação da sessão de formação realizada. A sua análise possibilitará uma melhoria em futuras sessões de formação.

Formação: CIPE® - Versão 2015 e Registos de Enfermagem na Comunidade

Formador: Ana Alvarenga

Preencha com um X no quadrado que melhor traduza a sua opinião.

Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da ação				
Utilidade dos Conceitos				
Satisfação face às Expectativas				

Organização da Sessão	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos Utilizados				
Meios Audiovisuais				
Adequação duração sessão				

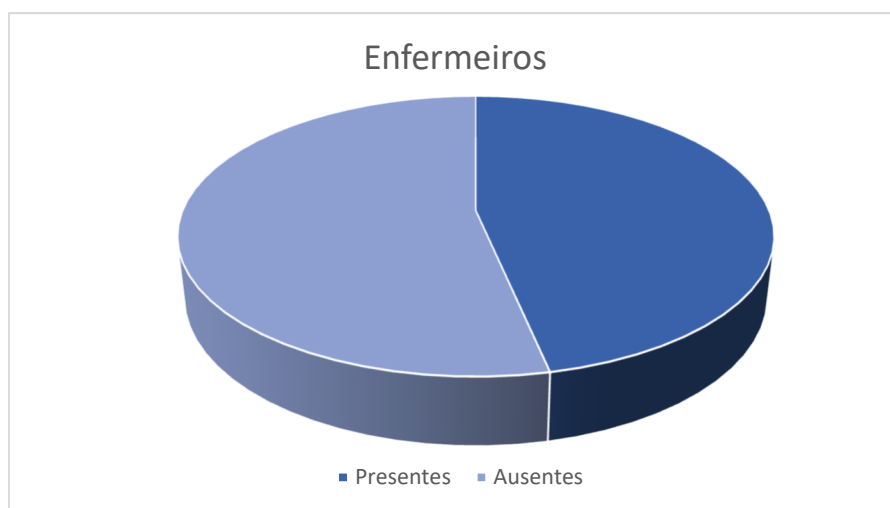
Formador	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do Assunto				
Método adequado aos objetivos				
Linguagem Utilizada				
Empenho				
Relacionamento com os Participantes				

Anexo 4

Anexo 4

Avaliação da Formação e tratamento de dados

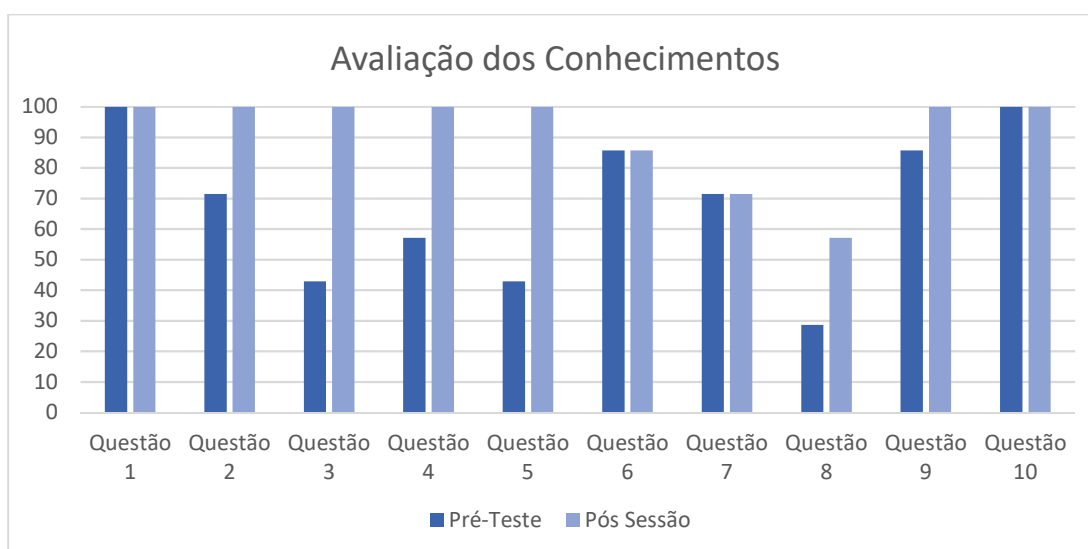
Enfermeiros



Apenas compareceram à Sessão de Formação de Pares sete enfermeiros, o que corresponde a uma percentagem de 46,7% dos enfermeiros da UCC, logo não foi atingido o objetivo proposto.

Resultados dos Questionários

I. Avaliação dos Conhecimentos



Uma rápida leitura do gráfico permite inferir que contribuiu de forma significativa para o aumento dos conhecimentos dos enfermeiros presentes. No questionário aplicado após a sessão de formação verifica-se que todos os enfermeiros presentes respondem corretamente a 70% das questões colocadas, o que permitiu atingir o objetivo previamente definido. No pré-teste há 68,5% de respostas corretas, porém, no final da formação esta percentagem ascende aos 90%.

I. Avaliação da Formação

